# Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**The Use and Abuse of Steroid Therapy, notably in Allergic Disorders.** *Kern, R. A., (1957) Am. J. Med. Sc.* 233, *420*

De schrijver wijst nog eens op de gevaren van de behandeling met cortison en ACTH en waarschuwt tegen onoordeelkundig gebruik van deze middelen. Een rationeel gebruik van de steroiden vereist enig inzicht in de functie van bijnier en hypofyse en het gedrag van deze klieren in ziekelijke en onfysiologische omstandigheden. De voorkwab van de hypofyse produceert onder meer ACTH, het hormoon, dat de bijnierschors aanzet. Deze reageert hierop met het vormen van ten minste 28 steroide stoffen, waarvan de functie merendeels nog onbekend is. De buitenste laag van de bijnierschors vormt het desoxycorticosteron, dat voornamelijk de zout- en waterhuishouding beïnvloedt, de binnenste laag vormt stoffen, die op de gonaden werken, de middelste zone vormt hydrocortison en waarschijnlijk aldosteron en beïnvloedt de koolhydraat- en eiwitstofwisseling.
Uitvallen van de bijnierschorsfuncties veroorzaakt het syndroom van Addison; dit kan door substitutie van de ontbrekende hormonen worden gecompenseerd. Hierbij geldt, zoals bij alle hormonale substitietherapieën, dat men nooit meer hormoon mag geven dan de normale klier produceert. Dat is voor ACTH driekwart tot één eenheid per dag en voor hydrocortison 12,5 tot 25 mg. Bij de meeste ziekten waarbij steroiden van nut kunnen zijn, is nooit een tekort aan ACTH of hydrocortison aangetoond; hier is dus geen sprake van een substitutietherapie. De gebruikelijke doseringen van steroiden bij de behandeling van deze ziekten liggen in de regel ver boven de normaliter in het lichaam aanwezige hoeveelheden en zijn dus potentieel gevaarlijk. Geeft men iemand een bepaalde hoeveelheid hormoon, dan vormt het lichaam zoveel minder, dat de gezamenlijke hoeveelheid even groot blijft als gewoonlijk. Geeft men meer, dan houdt de klier geheel op met produceren. Voor de hypofyse of de bijnier kan dit voor een week of tien dagen geen kwaad, maar wordt de toediening van ACTH of hydrocortison-acetaat langer voortgezet, dan atrofieert de klier. Toediening van meer dan één eenheid ACTH per dag veroorzaakt dus atrofie van de hypofyse en — door de overmatige stimulering — hypertrofie van de bijnierschors.

Na beëindiging van de ACTH-toediening duurt het ten minste zes tot acht maanden eer beide organen hun oorspronkelijke grootte terug hebben en weer normaal functioneren. Toediening van meer dan twaalf mg cortison per dag veroorzaakt atrofie, zowel van de hypofyse als van de bijnier. Lokale toepassing van de steroiden heeft deze werking niet, doordat de resorptie slechts van geringe betekenis is. Zeer langdurige toediening van cortison — bijvoorbeeld gedurende enkele jaren — veroorzaakt een extreme atrofie van de bijnierschors, de patiënt is dan in feite een „man-made case of Addison's disease" geworden en is, evenals de natuurlijke addisonlijder, uiterst gevoelig voor elke acuut optredende „stress" (infecties, operaties), die in korte tijd funest kan zijn. De indicaties voor de steroidtherapie vallen uiteen in twee groepen: die voor kortdurende toepassing (hoogstens tien dagen) en die voor langer gebruik. Indicaties voor een kortdurende behandeling met steroiden zijn onder anderen ernstige allergische reacties op een bekend allergeen (dermatitis exfoliativa, serumziekte, trichinose), spoedoperaties bij astmapatiënten, status asthmaticus indien alle andere middelen gefaald hebben (hooikoorts is geen indicatie voor steroidtherapie „one should not shoot sparrows with atomic war-

---

*Vervolg van bladzijde 117*

zocht, het concept van commentaar te voorzien. Deze beiden gingen met de opzet van het onderzoek, behoudens enkele kleine wijzigingen, volledig akkoord. Bovendien werd de medewerking verkregen van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden, dat toezegde het materiaal statistisch te zullen bewerken, hetgeen zeer welkom was, daar een dergelijk onderzoek anders nogal kostbaar pleegt te worden.
Langzamerhand werd de omvang van de oorspronkelijke opzet van het onderzoek zo groot, dat vanwege de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek werd geadviseerd over te gaan tot het oprichten van een landelijke studiegroep, die coördinatie, bewerking, publikatie en financiering van het onderzoek op zich zou nemen, waarmede de Landelijke Studiegroep Obstetrie en Gynaecologie van de huisarts was geboren.
De wens dat een groot aantal artsen aan dit onderzoek zou deelnemen, werd spoedig vervuld. Ruim 200 deelnemers werden tot nu toe geregistreerd, waarmede een statistisch gefundeerd onderzoek mogelijk werd, doordat het materiaal nu een zo groot mogelijke geografische spreiding kreeg over stad en provincie. Voor het goed doen slagen van dit onderzoek is het noodzakelijk — hier kan niet genoeg de nadruk op worden gelegd — dat iedere medewerker volkomen eerlijk alle gevraagde gegevens verstrekt en hier wordt dan ook nog eens geappelleerd aan het wetenschappelijk geweten van alle medewerkers. Er is rekening gehouden met een doeltreffende anonymiteit van de medewerkers, die alleen onder een codenummer aan een enkele bewerker bekend zullen zijn. Voor de patiënt geldt dit eveneens, daar slechts de initialen worden vermeld.
Het enquête-formulier is zeer overzichtelijk opgesteld en de invulling behoeft slechts weinig tijd te kosten. Het aantal deelnemers is niet beperkt. Mochten zich nog N.H.G.-leden voor deelname aan het onderzoek willen opgeven, tot 1 maart zullen zij nog welkom zijn.

H. A. J. Verhagen,
(Koestraat 34, Zwolle)

heads!") ernstige infecties door bekende organismen, waarvoor effectieve antibiotica bestaan (hierbij maskeert het cortison echter de symptomen van de infectie, die ongemerkt doorgaat en de arts onaangename verrassingen kan bereiden), sommige acute infectieuze aandoeningen van onbekende oorsprong, waarbij de patiënt profijt kan hebben van het ontstekingswerende of antireumatische effect van de steroiden. Langdurige behandeling met steroiden veroorzaakt, behalve atrofie van de hypofysevoorkwab verschijnselen van hypercorticisme (syndroom van Cushing): hypertensie, psychische stoornissen, convulsies, osteoporose en ulcus pepticum. De indicaties voor langdurige behandeling met steroiden zijn die aandoeningen, waarvoor geen andere behandeling bestaat (wat niet hetzelfde is als: waarvoor de medicus geen raad weet). Ernstig astma komt hiervoor zelden in aanmerking. Neuspoliepen kunnen in de regel beter antiallergisch behandeld worden. Bij deze aandoeningen grijpt de arts, en vooral de huisarts, vaak te snel naar deze middelen omdat hij de antiallergische behandeling niet voldoende beheerst. Ernstig gegeneraliseerd eczeem kan een indicatie zijn. Polyarteriitis ondervindt voorbijgaand een gunstig effect. Reumatoide artritis leidt vaak tot misbruik van steroiden, vooral door die artsen die niet voldoende ervaring met andere maatregelen hebben.
Schrijver vraagt zich af of de toenemende sterfte aan astma en ulcus pepticum bij oudere mensen, welke sterfte uit de Amerikaanse statistiek van doodsoorzaken blijkt, wellicht het gevolg kan zijn van het gebruik van steroiden.

J. G. Antvelink

**Landrysche Paralyse nach Poliomyelitis-Schutzimpfung.** *Uehlinger, E, (1957) Schweiz. med. Wschr. 87,813.*

In dit artikel behandelt de schrijver het geval van een vier en een half jaar oud meisje, dat twee dagen na de tweede inenting met poliomyelitisvaccin (Salk) werd getroffen door een snel progressieve paralyse van Landry met paraplegie en dat een etmaal na het begin van deze ziekte stierf tengevolge van een ademhalingsverlamming. Bij obductie werden arteriële en veneuze hyperemie van hersenen en hersenvliezen gevonden met capillaire bloedingen en perivasculaire en perigangliocytaire oedeemzonen in ruggemerg en verlengde merg. Door het optreden van een vloeistofzoom tussen bloedvat, respectievelijk ganglioncel en steunweefsel ontstaat een barrière voor de zuurstofwisseling. Door de anoxie van de ganglioncel ontstaan dan de functionele uitvalsverschijnselen.
De pathologisch-anatomische veranderingen tonen aan, dat er ook een beschadiging van de vaatwand bestaat. Deze is karakteristiek voor een anafylactisch-allergische reactie van het centrale zenuwstelsel. Bij de obductie werden in het zenuwweefsel geen ontstekingsinfiltraten gevonden. Etiologisch kon daarom een poliomyelitis, in de zin van een entpoliomyelitis, met zekerheid uitgesloten worden.
Miller en Stanton hebben een uitvoerige studie gewijd aan het onderwerp van de neurologische complicaties na profylactische entingen. Deze onderzoekers beschouwen de neurologische complicaties als een gevolg van de ontwikkeling van antilichamen tegen het in het vaccin aanwezige antigeen. Door het bij elkaar komen van antigeen en antilichaam, meestal bij een tweede vaccinatie, wordt een hevige mesodermale-vasculaire reactie opgewekt, waaraan pathologisch-anatomisch een stoornis in de permeabiliteit van de vaatwand ten grondslag ligt. Deze voert tot transsudatie in het zenuwweefsel en tengevolge daarvan tot secundaire demyelinisatie.
Volgens Miller en Stanton kan men vier syndromen onderscheiden, namelijk de radiculitis, de polyneuritis en polyradiculitis van Guillain-Barré, de myelitis en ascenderende paralyse van Landry en de meningoencefalitis. De anafylactische reactie kan elk deel van het zenuwstelsel treffen; de structuur van het antigeen echter bepaalt welk deel getroffen wordt. De anatomische beschadiging van het zenuwweefsel vindt juist daar plaats, waar ook de smetstof zelf haar aangrijpingspunt heeft. Zo werd bij de obductie van het boven beschreven meisje gevonden, dat het perigangliocytaire oedeem uitsluitend aanwezig was in de voorhoorns van het ruggemerg, vooral van het thoracale gedeelte, en in het verlengde merg.
Ernstige neurologische complicaties na vaccinatie tegen poliomyelitis, zoals die van het boven beschreven geval, zijn verder nog niet beschreven. Wel kent men lichtere allergische reacties, zoals urticaria, angioneurotisch oedeem, bronchospasmus en conjunctivale prikkeling. Als therapie komen in aanmerking cortison en antihistaminica.

J. D. Th. Wolters

**Über die Herzauskultation in Seitenlage.** *Bloch, K. (1957) Münch, med. Wschr. 99,882*

Hoewel de cardiologie de laatste tientallen jaren verrijkt is met vele belangrijke en over het algemeen kostbare apparaten om nauwkeuriger te kunnen diagnosticeren en differentiëren, toch blijft voor een aantal hartafwijkingen de auscultatie nog steeds het belangrijkste hulpmiddel. Het soms moeilijk hoorbare diastolische geruis van de mitralis-stenose en het geruis van de aorta-insufficiëntie zijn veelal pas duidelijk hoorbaar indien de patiënt op de linkerzijde ligt. Dit geldt eveneens voor de differentiatie van het galopritme. Maar ook als de harttonen zacht zijn, bijvoorbeeld bij dikke mensen, bij longemfyseem, bij exsudatieve pericarditis of bij hartzwakte, kan men verbaasd staan over de duidelijkheid waarmede plotseling alles te horen is, als de patiënt geheel of bijna op de linkerzijde ligt. Vaak ook kan men waarnemen dat anorganische systolische geruisen in zijligging of halve buikligging zachter worden of verdwijnen.
Door de zijligging wordt de ademhaling van de linkerlong beperkt, waardoor de auscultatie van het hart minder door hinderlijke longgeruisen gestoord wordt. Bij sterk dyspnoïsche patiënten kan de zijligging onaangenaam zijn of zelfs gevaarlijk worden door beperking van de beweeglijkheid van de borstkas welke deze ligging met zich meebrengt. Bij deze patiënten kan men de auscultatie duidelijker maken, door hen voorover te laten zitten of staan.

M. Reyerse

**Die Behandlung des Schlaganfalles.** *Perlick, E. (1957) Münch, med. Wschr. 99,877.*

Een doeltreffende therapie van de apoplexie zal dienen uit te gaan van de pathogenese. Behalve met het falen van de neurovasculaire regulatie, dient men ook rekening te houden met het ontstaan van oedeem in de hersenen en met de uitbreiding daarvan. Verder moet men differentiëren tussen de haemorrhagia cerebri (de eigenlijke apoplexie), de trombosis cerebri en de embolia cerebri.
De te treffen maatregelen kan men verdelen in twee groepen, namelijk de spoedeisende behandeling, die over het algemeen door de huisarts zal dienen te geschieden, en de voortgezette therapie, zoals die in een ziekenhuis zal kunnen worden toegepast. Deze behandelingsmethoden zijn niet aan een bepaalde leeftijd gebonden.
Als eerste belangrijke spoedeisende behandeling noemt de schrijver het intraveneus toedienen van een theofyllinederivaat, gecombineerd met strofantine. Hoe eerder men dit doet,

de B van C
DE BEAUFORT - VAN CALCAR
voor bemiddeling bij
praktijkovername
beroepsfinanciering
fiscale adviezen
keizersgracht 325 amsterdam — hereweg 3 groningen

- **Zeer breed spectrum.**
- **Afwezige toxiciteit.**
- **Volkomen verdraagbaarheid.**
- **Afwezigheid van allergische reacties.**

# STERILON

*Nieuw Antisepticum-Antimycoticum - op basis van het veelbelovende germicidum chloorhexidine - voor de bestrijding van de pathogene huidflora.*

*Indicaties van*
**STERILON**

Therapeutische en prophylactische behandeling van oppervlakkige dermatomycosen en huidaandoeningen op bacteriële basis.

Prophylaxe bij pasgeborenen: pemphigus neonatorum, staphylococcosen.
Antiseptische behandeling van brandwonden.

Huid- en wondontsmetting.

*Sterilon-zalf 1 % en 5 %*
*Sterilon-tinctuur*
*Sterilon-poeder 0.5 %*

PHARMACEUTISCHE FABRIEK ROTER HILVERSUM

hoe beter het resultaat is. Men kan desnoods tot vijf uur na de apoplexie nog met deze therapie beginnen. Eventueel kan men dit nog een- of tweemaal herhalen om de tien tot vijftien minuten. De farmacologie van de theofyllinederivaten leert, dat hiermee onder andere een prikkeling van het ademhalings- en vasomotorencentrum, een betere doorbloeding van de coronairvaten en een versterkte diurese kunnen worden bereikt, wat bij de neiging tot oedeemvorming zeer belangrijk is. Getoetst aan de pathogenese van de apoplexie, is dus een theofyllinederivaat een bij uitstek geschikt middel voor de behandeling. De strofantine geeft men er bij, omdat volgens sommige onderzoekers (Sach-Bodechtel) een cardiale insufficiëntie de apoplexie inleidt.
Een tweede spoedeisende maatregel bestaat uit het langzaam intraveneus toedienen van 50 mg chloorpromazine (Largactil) in twintig ml fysiologische zoutoplossing (één ml in vier minuten; in totaal duurt deze injectie dus 80 minuten!). Behalve dat de patiënt hierdoor rustig wordt, verkrijgt men hiermee een betere doorbloeding van de hersenen daar de vasoconstrictoren door het chloorpromazine uitgeschakeld worden. Een nadeel is echter de neiging tot collaberen.
De derde maatregel, die liefst reeds zo snel mogelijk getroffen moet worden en later dient te worden voortgezet, is het toedienen van een cortisonderivaat, dat vooral gunstig zou werken op het oedeem. Men dient er wel rekening mee te houden, dat cortison bij een aantal patiënten gecontraindiceerd kan zijn, onder andere bij ulcus pepticum, diabetes en longtuberculose.
Daarna bespreekt de schrijver hoe op de interne afdeling van het academisch ziekenhuis te Maagdenburg de behandeling wordt voortgezet. Infusen met novocaïne, atosil en largactil dienen om de neurovasculaire regulatie verder te herstellen. Met snel werkende bloeddrukverlagende middelen wordt getracht de eventueel bestaande hypertensie tot lagere waarden te doen dalen. Een vasodilatatie der hersenvaten schijnt het beste bereikt te worden met inhalatie van een mengsel van zuurstof en kooldioxyde en met anesthesie van het ganglion stellatum. In sommige gevallen worden, hoewel er veel contraindicaties zijn, snel werkende anticoagulantia toegediend.

M. Reyerse

**Indications chirurgicales dans les hémorragies cérébrales.** *Guillaume, J., R. Rogé, G. Mazars en A. Pansini (1957) Presse méd. 65,827.*

De schrijvers komen tot de slotsom, dat patiënten, die door een ernstige, spontane hersenbloeding zijn getroffen, zo spoedig mogelijk moeten worden geopereerd. Hun argumenten voor deze uitspraak zijn drieërlei.
1. De grote sterfte bij lijders aan apoplexia cerebri. Wanneer geen operatie plaats vindt, zou namelijk de helft van deze patiënten binnen achtenveertig uur overlijden en tweederde binnen acht dagen.
2. Hetgeen zich in de hersenen afspeelt bij een hersenbloeding. De bloeding, het weefselversterf en de ischemische processen bemoeilijken de bloedomloop in de hersenen, waardoor stasis in de capillairen optreedt en oedeem gevormd wordt. De intracraniële druk wordt hierdoor sterk verhoogd. Deze verhoogde hersendruk plant zich voort op de hersenstam en veroorzaakt eventueel een inklemming van dit orgaan, hetgeen dan oorzaak is van de dood van de patiënt.
3. De resultaten van de vroege operatie. Wanneer men er in slaagt de stolsels en het dode hersenweefsel door een betrekkelijk kleine opening in de schedel te verwijderen, ziet men de ernstige verschijnselen van de verhoogde hersendruk op slag verdwijnen.
Hun indicatie voor een neurochirurgische ingreep is dus de ernstige hersenbloeding, die het leven van de patiënt bedreigt. Als contraindicaties erkennen de schrijvers alleen ernstige chronische nieraandoeningen met uremie en ernstige vormen van diabetes met acidose. De leeftijd op zichzelf is geen tegenaanwijzing, hoewel de resultaten bij lijders boven de 60 jaar wat minder goed zijn. De oudste door schrijvers geopereerde patiënt was 77 jaar. Hypertensie vormt evenmin een contraindicatie.
Voor het stellen van de diagnose gebruiken de schrijvers vooral de arteriografie en de ventriculografie. Met de arteriografie vindt men vaatafwijkingen, tumoren, trombose en ook vaak de plaats van de bloeding. De ventriculografie is van waarde doordat deze een ventriculaire hemorragie kan aantonen of doordat men in staat is direct de haard te puncteren. Bovendien kan men via de ventriculografie de intracraniële spanning meten.
Het onderscheid tussen hemorragie en trombose is ook met deze methoden niet altijd mogelijk.
De schrijvers brengen verslag uit over 150, tussen 1946 en 1956 verrichte, operaties, waaronder 22 wegens ischemische lesies (met 14 genezingen) en 128 wegens een hersenbloeding (met 87 genezingen). Eerst in de laatste jaren werd de operatie binnen drie dagen na het insult verricht. De resultaten zouden er op wijzen, dat een vroege operatie de prognose van de apoplexia cerebri beduidend verbetert.

N. Bessem

Zowel de prognose van de apoplexia cerebri als de resultaten van de verschillende behandelingsmethoden zijn nog zeer onzeker. Derhalve zijn de beide voorgaande referaten, waarin lijnrecht tegenover elkaar staande opvattingen worden gehuldigd, hier zonder meer gepubliceerd - Redactie „h en w".

# Boerhaave-Cursussen

Het programma van de huisartsencursus voor de Boerhaavecursussen voor voortgezet medisch onderwijs in het Academisch Ziekenhuis te Leiden op 28 en 29 maart 1958 luidt als volgt:

Vrijdag 28 maart:
9.15—9.45: prenatale zorg: Prof. Dr. A. J. M. Holmer.
9.45—10.15: bloedgroepen antagonisme: Prof. Dr. A. J. M. Holmer.
10.15—10.45: hormoon-therapie bij dreigende abortus: Prof. Dr. A. J. M. Holmer.
10.45—11.15: koffiepauze.
11.15—12.00: de plaats van de kinderpsychiatrie in de kinderkliniek: Dr. J. A. M. Schouten.
12.00—12.45: de plaats van de sociologie in de kinderkliniek: Drs. H. Ph. Milikowski.
12.45—14.15: lunch met discussie.
14.15—14.45: pijnstilling bij de baring: Prof. Dr. A. J. M. Holmer.
14.45—15.15: behandeling van nabloedingen: Prof. Dr. A. J. M. Holmer.
15.15—15.45: theepauze.
15.45—16.30: het neurologische onderzoek: Dr. W. Luijendijk.
16.30—17.15: de betekenis van de bedekkende psychotherapie methoden voor de huisarts: Dr. B. B. Stokvis.
17.15—17.45: discussie.

Zaterdag 29 maart:
9.15—10.00: epilipsie: Dr. W. Storm van Leeuwen.
10.00—10.30: koffiepauze.
10.30—11.15: de blootleggende psycho-therapie voor de huisarts: Prof. Dr. E. A. D. E. Carp.
11.15—12.45: de driehoeksbesprekingen over patiënten door: kinderarts Prof. Dr. G. M. H. Veeneklaas; kinderpsychiater Dr. J. A. M. Schouten; kindersocioloog Drs. H. Ph. Milikowski.
12.45—13.15: discussie.

De voordrachten worden gehouden in de collegezaal van verloskunde. Kleine wijzigingen voorbehouden. Gelegenheid om te lunchen in het Academisch Ziekenhuis (kosten *f* 2,50).
Aanmeldingen voor deze cursus te zenden aan M. W. Jongsma, arts, Academisch Ziekenhuis, Leiden. Deelnamekosten *f* 20,— te storten op gironummer 195595 ten name van de directeur-geneesheer van het Academisch Ziekenhuis, Leiden.