

# Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**An obstetric survey.** MacGregor W. G. (1958) *Med. Wld. (Lond.)*, 88, 422.

Schrijver besprak een onderzoek, dat in 1957 werd gepubliceerd door leden van de afdeling Zuid-West-Engeland van de „College of General Practitioners” over de verloskunde van 116 huisartsen, die in een jaar tezamen 4277 bevallingen verrichtten. (De resultaten van dit onderzoek kunnen voor het nu lopende onderzoek van het N.H.G. over de verloskunde van de huisarts, gemakkelijk vergelijkbaar materiaal opleveren, ref.).

Het onderzoek was gebaseerd op het antwoord van deze artsen op een vragenlijst, waarin hen om inlichtingen werd gevraagd over hun verloskundige opleiding, de omvang en het type van hun praktijk en de omvang van de klinische verloskundige mogelijkheden in hun omgeving en verder op het verzamelen van kaarten, waarop alle obstetrische bijzonderheden van ieder van de door hen gedane bevallingen waren vermeld.

De reden waarom dit onderzoek werd opgezet was onder meer, dat de gemiddelde Engelse huisarts misschien dertig bevallingen per jaar verrichtte. Wanneer hij veertig jaar praktiseerde zou hij in die tijd dus twaalfhonderd bevallingen verrichten; een aantal wat te klein was om te worden bewerkt. De publikaties van de specialisten geven evenmin een goede indruk van de huisartsen-verloskunde, daar zij alleen de mislukkingen van de huisarts zagen en slechts zelden de successen.

De individuele enquête wees onder andere uit, dat 90 percent van de deelnemende artsen langer dan negen jaar arts was; dat het merendeel aan nascholing deelnam; dat 70 percent der praktijken groter was dan tweeduizend zielen, waarvan weer 30 percent groter dan drieduizend zielen en dat 67 percent van de deelnemende artsen aparte spreekuren voor zwangeren hield.

Schrijver meende, dat het moeilijk moest zijn voor een huisarts om goede verloskunde te bedrijven en tegelijkertijd een volle praktijk te bewerken van twee- à drieduizend zielen. Financieel zou het de huisartsen aantrekkelijk moeten worden gemaakt om verloskunde uit te oefenen, hetgeen in het National Health Scheme dus van de Staat zou moeten uitgaan. De arts kreeg nu slechts vergoeding voor twee prenatale en een postnatale controle.

In dit gedeelte van Engeland bleek meer dan 60 percent van de vrouwen in een ziekenhuis of kraamkliniek te bevallen; primiparae vaker dan multiparae. De perinatale sterfte (dit omvat doodgeboorte en neonatale sterfte — dit is dood binnen 28 dagen na de geboorte —) in de totale groep bedroeg 32 per duizend, terwijl deze voor het gehele district 39 per duizend bedroeg. In de groep gravidarum met hypertensie en albuminurie bleek de perinatale sterfte voor primiparae 114 per duizend en voor multiparae 73 per duizend te bedragen. Abnormale ligging kwam in vier percent der gevallen voor, terwijl vier gevallen van rhesus-antilichamen werden vermeld. Het bloedonderzoek werd in ongeveer 87 percent van de gevallen verricht (bij vier-para of meer, slechts in 68 percent van de gevallen).

Forciple extractie was het meest nodig voor primiparae, bij vrouwen, die dertig jaar of ouder waren, bij vrouwen, waarbij het ontsluitingsdurek langer dan 24 uur duurde en bij vrouwen, die langer dan een week à terme waren. Hieruit werd de conclusie getrokken, dat als primiparae thuis wensten te bevallen, een klein aantal forciple extracties thuis als onontkoombaar diende te worden beschouwd.

Het gebruik van ergometrine voordat de placenta werd geboren, vond nog weinig plaats. Uit de gepubliceerde cijfers

bleek, dat de frequentie van manuele placenta verwijdering niet duidelijk verhoogd werd, hoewel de cijfers wel zeer klein waren. In het rapport werd dan ook de nadruk gelegd op de wenselijkheid profylactisch ergometrine te geven voordat de placenta geboren was, ter voorkoming van bloedingen post partum, welke nog altijd een behoorlijk deel van de moederlijke sterfte uitmaakten.

Anesthesie en analgesie werden besproken, waarbij bleek, dat ongeveer 90 percent van de vrouwen een of andere vorm van analgesie kreeg.

Uitgedrukt in perinatale sterftcijfers, was het resultaat van de bevallingen thuis goed, behalve voor prematuritas, stuitbevallingen, hypertensie en tweelingen (bij tweelingen, waarbij beide kinderen meer dan 2500 gram wogen was het resultaat wel goed).

Een van de belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek leek wel te zijn, dat 79 percent der perinatale sterfte bleek voor te komen in een grote groep afwijkingen, welke onder andere omvatte meerlingzwangerschap, hypertensie, stuitbevallingen, bloedingen in de graviditeit, rhesus antagonisme, bevallingen, die óf meer dan vier weken te vroeg óf meer dan twee weken te laat begonnen en ten slotte bevallingen, waarbij het ontsluitingsdurek langer dan 24 uur duurde.

Het onderzoek gaf geen inzicht in het vraagstuk welke zwangeren thuis en welke in het ziekenhuis dienden te bevallen. In Engeland assisteerde de huisarts de vroedvrouw vaak bij de partus, als hij het nodig oordeelde of als hij door de vroedvrouw geroepen werd. 32 percent van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen woonde alle geboorten bij; 70 percent alleen de partus bij primiparae. In totaal bleek de huisarts 48 percent der bevallingen bij te wonen; in de hogere pariteiten 33 percent. In dit onderzoek kwamen dus alleen die partus der vroedvrouwen voor waarbij een huisarts aanwezig was.

H. A. J. Verhagen

**Toxaemia of pregnancy.** Mc Clure Browne, J. C. (1958) *Practitioner* 180, 651.

Zwangerschapstoxicose is de belangrijkste oorzaak van de moederlijke mortaliteit in Engeland. Onder toxicose verstaat men de toestand, waarbij bloeddrukverhoging, oedemen en albuminurie bestaan en waarbij, indien geen behandeling wordt ingesteld, soms eclamptische convulsies optreden. Het is waarschijnlijk, dat de zwangerschapstoxicose zich ontwikkelt doordat de placenta — tengevolge van een onvoldoende placentaire en uterine circulatie, veroorzaakt door een slechte adaptatie van het lichaam aan de eisen van de zwangerschap — niet in staat is in hormonaal evenwicht te blijven met de bijnierschors. Vooral Nederlandse onderzoekers hebben op het belang van deze placentaire ischemie gewezen. Zeer nauwkeurige prenatale zorg, met mogelijkheden voor snelle ziekenhuisopname, is het belangrijkste wapen in de strijd tegen deze ziekte.

Door het prenatale onderzoek kan men patiënten selecteren, die een groter risico lopen, namelijk, primiparae, vrouwen boven vijfendertig jaar, vrouwen met hypertensie, chronische nefritis of diabetes en met name zij, die een doodgeboren kind of een toxicose in de anamnese hebben. Door deze vrouwen onze speciale aandacht te geven en hen zo nodig klinisch te laten bevallen, is veel onheil te voorkomen. In Engeland bleek, dat bij de helft van de vrouwen, die in de periode 1952—1954 aan toxicose overleden, de zorg onvoldoende was geweest.

Een verhoogde bloeddruk vóór de zestiende week pleit sterk voor een essentiële hypertensie. Daar de bloeddruk in het

middelste trimester van de zwangerschap vaak wat daalt, worden deze gevallen over het hoofd gezien indien de vrouw na de zestiende week voor het eerst voor onderzoek komt. Het belang van een vroeg begin van de prenatale zorg is hierdoor wel duidelijk.

De bovengenoemde groep, die een speciaal risico draagt, vergt een bijzondere zorg. Frequente, regelmatige controles zijn hier nodig, namelijk tot en met de vierendertigste week eens per twee weken en daarna iedere week. Indien de vrouw niet op de afgesproken tijd verschijnt, dient zij, daar zij thuisgebleven kan zijn door verergering van haar toxicose, binnen 24 uur thuis bezocht te worden. Er mag ook geen misverstand over ontstaan, wie de prenatale zorg op zich neemt: de specialist, de huisarts of de vroedvrouw. Dit moet bij de eerste controle goed afgesproken worden.

Indien het aanvangsgewicht boven de 70 kg ligt, is het verstandig direct een eiwitrijk, koolhydraatarm en vetarm dieet voor te schrijven. Als dan ondanks dit dieet de totale gewichtstoename in de graviditeit meer dan 11 kg gaat bedragen, is een zoutloos dieet raadzaam. Men dient ook te bedenken, dat albuminurie een laat en geen vroeg verschijnsel van toxicose is. Ontstaan preëclamptische verschijnselen, zoals hoofdpijn, visusstoornissen, „maag”pijn en braken, dan is ziekenhuisopname absoluut noodzakelijk. In deze toestand kan ieder ogenblik een insult optreden. Een half uur vóór het vervoer gegeven, kan 20 mg morfine erger voorkomen. Bij een goede prenatale zorg behoeft het echter niet zo ver te komen, daar ziekenhuisopname dan bijna steeds eerder kan plaats vinden.

G. J. Bremer

**Asymptomatic enlargement of the parotid glands.** *Duggan, J. J. en E. N. Rothbell (1957) New Engl. J. Med. II, 1262.*

In de Verenigde Staten vond men bij patiënten met een leverziekte soms een symptomloos verlopende vergroting van de glandula parotis. Bij nader onderzoek bleek, dat dergelijke vergrote parotisklieren ook voorkwamen bij andere patiënten. De schrijvers onderzochten 2000 willekeurige patiënten op dit verschijnsel. Dit leverde 40 gevallen van kliervergroting op. Hieraan werden er nog 10 toegevoegd door andere medici. Bij deze 50 patiënten werden voedingsanamneses gemaakt, leverfunctieproeven verricht en bloedsuikercurven opgesteld. Van deze 50 patiënten waren 45 mannen, van wie 44 blanken en een neger; van de vijf vrouwen waren drie blank en twee Indiaans (het onderzoek werd in het noordelijk gedeelte van de U.S.A. verricht). De jongste patiënt was 23 jaar oud, de oudste 69 jaar. Tweederde van de patiënten was 50 jaar of ouder.

De meesten waren gebruikers van grote hoeveelheden alcohol; 40 leden aan obesitas. Ook de patiënten met ascites en icterus waren calorisch goed gevoed. De diastolische bloeddruk was verhoogd bij 35 patiënten en bedroeg 90 tot 110 mm kwik. Een vergrote lever werd gevonden bij 37, icterus bij vier en ascites bij vijf patiënten. „Spider nevi” waren zeer frequent. Hyperglykemie (meer dan 100 mg glucose per 100 ml bloed) hadden 32 patiënten. Bij 25 patiënten was de leverfunctie gestoord en werd de diagnose lever-

cirrose gesteld, welke diagnose in zes gevallen door leverbiopsie werd bevestigd. Bij geen van de patiënten werd een ziekte vastgesteld, waarvan bekend was dat deze de glandula parotis aantast. De parotisklier was gezwollen aan beide kanten, maar niet altijd symmetrisch. De klieren waren glad, vast genoeg om gevoeld te kunnen worden, niet warm en niet pijnlijk. Er werd geen duidelijke zwelling van de traanklieren gevonden.

Ook uit andere streken zijn publikaties geweest over een niet-inflammatoire vergroting van de parotisklieren. Deze werd het meest gevonden bij de arme bevolking van arme landen, zoals Egypte, Afrika en Noord-Borneo, waar een onvoldoende dieet wordt gebruikt met een tekort aan calorieën, eiwitten en andere nutriënten. Ook kan het voorkomen, dat de parotisklieren gaan zwellen als er na een periode van tekort weer een goede voeding wordt gebruikt. Zo is bekend, dat de kwashiorkor gaat genezen als de parotisklieren gaan zwellen. Duitse en Japanse krijgsgevangenen, die uit Rusland terugkeerden vertoonden dit verschijnsel ook. In de Verenigde Staten en West-Europa wordt de zwelling gezien bij mensen, die calorisch goed gevoed zijn en dan vooral in samenhang met obesitas, levercirrose en alcoholisme.

Het pathologisch-anatomisch onderzoek is moeilijk omdat de parotisbiopsie gevaarlijk is met het oog op de nervus facialis, die zich in de klier vertakt, en doordat het onderzoek post mortem misvorming van het gelaat veroorzaakt. Enkele gevallen zijn door anderen onderzocht, waarbij gevonden werd vetinfiltratie, vergroting van de acinuscellen en soms vergroting van het aantal uitvoerbuizen met veel opeengehoopte acini. Sanstead vond vooral in de acute fase zwelling van de cellen, terwijl in de chronische fase overgang van acinusweefsel in vetweefsel werd vastgesteld. Het amylasegehalte van het parotisspeeksel was verhoogd bij de alcoholgebruikers, maar normaal bij de teruggekeerde gevangenen. De oorzaak is niet duidelijk. Men denkt aan hypertrofie door verhoogde functie, aan overvoeding of aan een te groot gebruik van koolhydraten. Vaak is er een tekort aan eiwit. Ratten, die gevoed waren met een dieet, dat voldoende was voor wat betreft de calorieën, mineralen en vitamines, maar geen eiwit bevatte, vertoonden na drie tot vier weken een parotiszwellung door interstitieel oedeem, zonder dat er hongeroedeem optrad. Gaf men nu een normaal dieet, dan regeneerde het atrofische klierweefsel sneller dan het bindweefsel. Het zou dus kunnen zijn dat een eiwittekort ook bij de mens parotiszwellung kan veroorzaken. Dit tekort zou zowel absoluut als relatief kunnen zijn in die zin, dat er een normale hoeveelheid eiwit wordt gebruikt bij een overmaat aan calorieën. Vergrote parotisklieren moeten in elk geval doen denken aan een leverziekte. Een bloedsuikercurve dient gemaakt en het alcoholgebruik moet nagegaan worden. Het is noodzakelijk een voedingsanamnese te maken, waarbij aandacht worde geschonken aan het eiwitgebruik.

S. H. H. Berghuis

**Zur chirurgischen Behandlung der Angina pectoris mit doppelseitiger Ligatur der Arteriae mammae internae.** *Rieben, W. en G. E. Stiefel (1958) Schweiz. med. Wschr. 88, 388.*

In een voorlopige mededeling geven de schrijvers een kort overzicht van deze operatieve behandelingsmethode van angina pectoris. In enkele historische opmerkingen over deze kwestie wordt gezegd, dat in 1939 Fieschi (Genua) anastomosen vermoedde tussen de arteriae mammae internae en de coronaire circulatie. Tot 1953 bleef deze theorie onopgemerkt en onbewezen. Toen gelukte het aan Battezzati en Tagliaferro het bestaan van deze anastomosen te bewijzen. Proeven op honden toonden de gunstige invloed aan, die een dubbelzijdige onderbinding der arteriae mammae internae heeft op het kunstmatig veroorzaakte hartinfarct (ligatuur van de ramus descendens van de arteria coronaria sinistra).

De arteria mamma interna geeft in haar proximale deel talrijke takjes af, die in verbinding staan met pericard, epicard en in bijzondere gevallen zelfs direct met de coronaire circulatie. Door dubbelzijdige onderbinding van de arteriae mammae internae in de tweede intercostaalruimte verkrijgt men vooral in de belangrijkste mammariatakjes, de arteriae

## DOKTERS JASSEN

Prima jeans „Sanfor” krimpvrij  
Uitstekende pasvorm – Perfecte afwerking  
Heren maten 46 t/m 58 fl 20.25  
Dames maten 38 t/m 48 fl 17.95  
Verzending door heel het land

**Hilckmann**

NIJMEGEN  
PLEIN 1944 No. 8  
TEL. 08800-25979

VENLO  
KLAASSTRAAT 42  
TEL. 04700-2422

SINDS 1892

pericardico-frenicae, een hogere druk. Hierdoor gaan de met de coronaire circulatie in verbinding staande anastomosen open, hetgeen een verbetering geeft van de bloedvoorziening van het myocard.

De operatie is praktisch zonder gevaar, sterfgevallen zijn nog niet bekend. Men kan opereren onder lokaalanesthesie of onder een oppervlakkige narcose met lachgas-zuurstof. Battezzati geeft cijfers over 204 geopereerde patiënten, van wie bij 13,7 procent een zeer goed, bij 48,5 procent een goed, bij 31,8 procent een bevredigend en slechts bij 5 procent een onbevredigend resultaat werd bereikt. De indicatiestelling kan ruim zijn, aangezien er praktisch geen contra-indicaties zijn. Zelfs vormen één of meer doorgemaakte hartinfarcten geen contra-indicatie, evenmin als *insufficiencia cordis* en hoge leeftijd.

De schrijvers geven een overzicht van twintig door hen geopereerde patiënten (twaalf mannen en acht vrouwen), in leeftijd variërend van 43 tot 78 jaar, van wie er negen vroeger een hartinfarct hadden doorgemaakt. Allen hadden voor de operatie ernstige *angina pectoris*. De resultaten waren in zeven gevallen zeer goed, in vijf goed, in vier bevredigend, terwijl in vier gevallen de toestand niet verbeterde. Tenslotte wordt nogmaals opgemerkt, dat deze operatieve behandeling van *angina pectoris* voor de patiënt praktisch geen risico's heeft en technisch niet moeilijk is, terwijl de voorlopige resultaten zeer goed zijn, zodat voortzetting van deze behandelingsmethode gerechtvaardigd is.

J. de Boer

#### Ursachen und ursächliche Behandlung des Nierensteinleidens. Wernly, M. (1957) *Schweiz.med.Wschr.* 87,1591.

Niersteenlijden komt vrij veel voor; één procent der ziekenhuispatiënten heeft nierstenen. Het is niet altijd een ziekte sui generis, maar dikwijls een symptoom, dat bij verschillende ziekten kan voorkomen. Ook de steensoorten zijn verschillend. In 35 procent der gevallen zijn er calciumoxalaatstenen, in 30 procent stenen, die bestaan uit calciumoxalaat en calciumfosfaat en in 10 procent zuivere calciumfosfaatstenen. Verder komen nog cystinestenen, urinezuurstenen en mengvormen voor. De oorzaken van het voorkomen van vorengenoemde steensoorten zijn, in volgorde van belangrijkheid, idiopathische hypercalciurie (zeer frequent), idiopathische genese zonder hypercalciurie (frequent), hyperparathyreoïdie met hypercalciurie (zelden) en osteoporose of andere osteopathieën met hypercalciurie (zelden). Men ziet, dat de meest voorkomende oorzaken „idiopathisch” zijn, waaruit volgt dat, behalve in zeldzame gevallen, over de werkelijke oorzaken niet veel bekend is.

Het laboratoriumonderzoek van de steen is belangrijk, aangezien bij eventuele recidieven meestal dezelfde steensoort voorkomt. Bij iedere niersteenlijder moet men de 24-uurs urine onderzoeken op hypercalciurie. Het calciumgehalte kan men vrij eenvoudig schatten met de proef van Sulkowitch<sup>1</sup>. Hypercalciurie speelt dus een rol bij een belangrijk aantal gevallen van niersteenlijden. Men vindt deze bij verschillende toestanden, bijvoorbeeld door het eten van zeer veel melk en kaas, overdosering van vitamine D, interstiële nefritis, hyperparathyreoïdie, met beenafbraak gepaard gaande skeletziekten, maar het meest bij de zogenaamde idiopathische hypercalciurie. Er kunnen bij deze toestand polydipsie en polyurie voorkomen, maar meestal vindt men geen andere afwijkingen dan de hypercalciurie. De behandeling van iedere hypercalciurie begint met het voorschrijven van een dieet, dat arm is aan calcium (dus geen kaas en melk). Daarnaast wordt dan vitamine D, dat immers de resorptie van calcium uit de darm bevordert, verboden. Verder kan men proberen de oplosbaarheid van het calcium in de urine te verhogen. Dit blijkt mogelijk te zijn bij een hoger gehalte van glucuronzuur in de urine, hetgeen men zeer eenvoudig kan bereiken door de toediening van twee gram acetosal of salicylamide per dag, welke stoffen worden uitgescheiden als glucuronaat en daardoor de concentratie van het glucuronzuur in de urine aanzienlijk doen stijgen. Belangrijk zijn bij alle vormen van hypercalciurie een zure reactie van de urine en een ruime diurese — 1½ tot 2 liter per 24 uur.

Hyperfosfaaturie komt voor bij immobilisatie-osteoporose

(langdurige bedlegerigheid!) en hyperparathyreoïdie. Fosfaathoudende stenen kunnen echter ook voorkomen bij een normaal fosfaatgehalte van de urine, namelijk wanneer deze alkalisch is. Door toediening van aluminium-ionen in grote hoeveelheid kan men de fosfaten in de darm binden en dus het fosfaatgehalte van de urine verlagen. De resultaten zijn zeer gunstig, vooral bij „immobilisatiestenen” en bij die gevallen, waarbij infectie een rol speelt. De moeilijkheid is om de patiënt een dergelijke grote dosis van het medicament toe te dienen.

Niersteenvorming bij langdurige bedrust (spondylitis, wervelfractuur, bekkenfractuur, paraplegie, enzovoort) komt vooral bij jonge mensen zeer veel voor. De hypercalciurie ontstaat hier door atrofie van het skelet tengevolge van de rust, waardoor het calcium uit de voeding niet in het beenderstelsel wordt opgenomen; bovendien wordt er beenweefsel afgebroken, waardoor ook hyperfosfaaturie ontstaat. De profylaxe van deze vorm van nefrolithiasis richt zich naar de genoemde maatregelen ter bestrijding van hypercalciurie en hyperfosfaaturie. Bovendien zijn vroegtijdige mobilisatie en een ruime diurese belangrijk.

Ongeveer drie tot vijf procent van alle niersteenlijders hebben hyperparathyreoïdie (adenoom van de glandula parathyreoidea). Hierbij vindt men hypercalcemie, hypofosfaatemie en hypercalciurie. De therapie moet bestaan uit het weg nemen van het adenoom.

Urinezuurstenen komen vooral voor bij lijders aan jicht, van wie 25 procent nierstenen hebben. Men heeft voor de bestrijding van jicht tegenwoordig de beschikking over uitstekende therapeutica, namelijk Butazolodin, Benamid of Probenecid, die men echter niet te hoog moet doseren omdat deze middelen grote hoeveelheden urinezuur uit bloed, weefsels en tofi kunnen losmaken en daardoor een sterke uitscheiding van urinezuur via de nieren bewerken. Gaat dit te abrupt in zijn werk, dan kan dit aanleiding zijn tot een niersteenkolk. Men zal dus bij het toepassen van deze middelen moeten zorgen voor een ruime diurese en alkalische urine.

<sup>1</sup> De calciumschatting volgens Sulkowitch berust op een microkristallijn neerslag van calciumoxalaat, dat als een zeer fijne troebeling zichtbaar wordt na toevoeging van oxalaat (reagens van S.) aan de urine. De mate van de troebeling of het ontbreken daarvan laat een zeer snel oordeel toe aangaande sommige grote stoornissen in de kalkstofwisseling.

J. de Boer

#### Buccally administered streptokinase. Innerfield, I., H. Shub en L. J. Boyd (1958) *New Eng. J. Med.* 1, 1069.

Sinds kort wordt de invloed van eiwitplitsende enzymen op ontsteking en trombose onderzocht. Hun invloed op ontstekingen zou een gevolg zijn van een verandering in de doorgankelijkheid der weefsels. Zij zouden dus ongeveer hetzelfde effect hebben als hyaluronidase. Een van de methoden om deze enzymen in het lichaam te brengen is deze stoffen in het mondslijmvlies te doen opnemen door ze als tabletjes te laten opzuigen. Deze tabletjes mogen niet worden doorgeslikt, want het maagzuur breekt de enzymen af. Dit opzuigen is gemakkelijker dan de tot dusver gebezigde intramusculaire injectie. Deze methode is vooral gemakkelijk, als men het middel langdurig wil geven. Irritatie van het mondslijmvlies werd niet gezien.

Streptokinase werd door de schrijvers gegeven in tabletten, die 20.000 eenheden bevatten en om de vier uur werden toegediend. Het was bekend, dat na intramusculaire toediening de spiegel van het antitrombine in het serum steeg; de antitrombine-activiteit bleek een maat te zijn voor de hoeveelheid streptokinase in het lichaam. Na sublinguale toediening werd hetzelfde gevonden. De invloed op de ontstekingsverschijnselen liep hiermee parallel. Zo vond men, dat het dikke sputum bij bronchitis vloeibaarder werd en gemakkelijker werd opgehoest. Hematomen werden vloeibaarder en konden beter worden opgezogen, ulceraties werden sneller schoon en gingen neiging tot genezing vertonen. Patiënten met een tromboflebitis verbeterden snel en konden vlugger worden gemobiliseerd, omdat het oedeem en het infiltraat verdwenen

en de pijn verminderde. Bij ontstekingen verdwenen achtereenvolgens het oedeem, de pijn, de bewegingsbeperking en de roodheid. Behalve bij acute infecties en trombose is de methode dus ook aangewezen bij chronische aandoeningen, zoals bronchitis, bronchiëctasieën, trombose der oogvenen, ulcus cruris en acne.

Hoe streptokinase werkt op ontsteking en trombose, blijft nog een raadsel. Men neemt wel aan, dat het een rol speelt bij de omzetting van plasminogeen in plasmine.

Verdere onderzoekingen zijn nodig, om de waarde van dit middel te beproeven.

S. H. H. Berghuis

#### Intestinal angina. *Leading article (1958) Lancet I, 1211.*

Het beeld van de angina intestinalis is in vele opzichten analoog aan dat van angina pectoris. Er schijnt alle redenen te zijn om aan te nemen, dat de symptomen ontstaan door ischemie van de darm en niet van het gehele abdomen „en masse”. Uiteraard kan het beeld worden verward met de abdominale uitstraling van cardiale pijn.

De pijn ontstaat korte tijd, twee tot drie uren, na de maaltijden, is koliekachtig van karakter en kan naar de rug uitstralen. Zij duurt een tot drie uren en is aanvankelijk weinig hevig, maar neemt toe in de loop van weken of maanden. Samenstelling en grootte der maaltijden schijnen van belang te zijn.

De samenhang met de maaltijden doet de gedachten eerder uitgaan naar een ulcuslijden dan naar een met claudicatio of angina pectoris in verband staande ziekte. Bedrust of een ziekenhuis-regime met veelvuldige, kleine maaltijden kunnen aan de aanvallen een einde maken. Braken komt zelden voor, abdominale uitstraling van de cardiale pijn.

Voortdurende diarree en achteruitgang van de algemene toestand doen de gedachten gaan in de richting van een ontsteking of dyspepsie, gewichtsverlies en anorexie in de richting van een maligne aandoening. Het fysisch onderzoek leidt niet tot een diagnose, hoewel de buik tijdens een aanvval gevoelig is en er tekenen van peritoneumprikkeling kunnen zijn. Het röntgenonderzoek valt negatief uit en bij de laboratoriumbepalingen wordt als enige afwijking vaak occult bloed in de ontlasting gevonden. Tekenen van arteriosclerose worden te vaak gevonden om aan de mogelijkheid van angina intestinalis te denken.

De meningen zijn erover verdeeld, of de angina intestinalis een prodroom is van de acute afsluiting der mesenteriale vaten. Weken, maanden en zelfs jaren voor de catastrofale attaque vinden sommige schrijvers in de anamnese tekenen van deze angina. Andere beschrijven deze niet, evenmin als vele handboeken.

Zolang de prognose van de vaatafsluiting nog zo buitengewoon slecht is, zijn deze prodromale verschijnselen van belang. Ouderdomskwalen spelen daarbij natuurlijk een belangrijke rol. Anticoagulantia en antibiotica schijnen nauwelijks enige invloed uit te oefenen. Meer verwachtingen heeft men van de chirurgische therapie.

Afgezien van haar waarde als prodroom, kan de angina intestinalis zo hinderlijk zijn, dat ze om behandeling vraagt. De maaltijden dienen klein te zijn en lichte kost te bevatten. Als de dieetmaatregelen tekortschieten, zijn zenuwblokkade van het splanchnicusgebied, ganglionblokkerende middelen en vaatverwijdende middelen aangewezen.

A. J. M. Daniels

## Boekbespreking

*Zakboek voor indicaties en interpretaties, door Dr. J. C. M. Verschure, uitgave Erven J. Bijleveld te Utrecht, 160 bladzijden. f 10,90.*

Dit zakboek is een in hoge mate op de praktijk toegespitst, beknopt werk, dat de bedoeling heeft, de studie van de pathofysiologie voor de praktijk vruchtbaarder te maken door het geven van een groot aantal praktische regels.

Het studiemateriaal werd gevormd door meer dan een half miljoen kwantitatieve bepalingen, die aan de Geneeskundige Universiteitskliniek te Utrecht werden verricht. Het boekje bestaat uit vier gedeelten. Allereerst worden de indicaties en interpretaties van een 36-tal gebruikelijke chemische bepalingen in urine en andere lichaamsvloeistoffen gegeven, waarbij aan de meeste bepalingen slechts een bladzijde wordt gewijd. Hierop worden dan eerst de normale waarden vermeld, waarna de schrijver de indicaties bespreekt. Kwantitatieve bepalingen in de liquor cerebrospinalis worden hierbij niet genoemd.

In het tweede gedeelte worden groepen van bepalingen besproken, die in onderlinge samenhang een speciale, regelmatig voorkomende diagnostische betekenis hebben, zoals bijvoorbeeld de botgroep met calcium-, fosfor- en fosfatasebepaling. In het derde gedeelte worden 23 functieproeven, belastingsproeven en balansen besproken, telkens één per bladzijde, waarbij de keuze beperkt blijft tot die proeven, die bij een minimum aan bewerkelijkheid een maximum aan informatie bieden.

In het laatste gedeelte worden 19 korte overzichten gegeven van klinisch-chemische beelden, waarbij in het kort de best toegankelijke en voor de diagnostiek meest belangrijke klinisch-chemische karakteristika worden gegeven.

Het boekje bevat volop lege bladzijden om aantekeningen te kunnen maken, terwijl er een uitgebreid register aan is toegevoegd.

De schrijver zegt te hopen dat zijn boekje niet slechts in handen van specialist en assistent zal komen, maar dat het ook gebruikt zal worden door de huisarts, van wie hij stelt, dat deze de enige is, die moet en kan beoordelen of een bepaald chemisch onderzoek bij zijn patiënten terecht wordt verricht of slechts „ter versiering”.

Ik meen, dat wij Dr. Verschure dankbaar moeten zijn, dat hij zo veel praktische ervaring heeft vastgelegd op zo weinig bladzijden.

C. W. A. van den Dool

*Emergencies in general practice, uitgave The British Medical Journal, 460 blz., f 15,25.*

Dit boek bevat een keuze uit een serie artikelen, verschenen in The British Medical Journal in 1955 en 1956, uitgegeven en bijgewerkt in 1957. Het bevat een kleine zestig opstellen over spoedeisende gevallen in de meest uitgebreide zin van het woord, ondergebracht onder de hoofdstukken: bloedingen en trombose, hart- en longziekten, de „acute buik”, toevallen en comateuze toestanden, verloskunde, vergiftigingen en daarnaast enkele psychiatrische onderwerpen.

Zonder diep in te gaan op de theoretische problemen is het boek vooral voor de praktijk geschreven. In zeer veel van de besproken gevallen is ziekenhuisopname noodzakelijk; een doeltreffende „eerste hulp” door de huisarts is echter vaak levensreddend. Op deze eerste hulp wordt dan ook de indruk gelegd. Dat het boek echter niet alleen de techniek bespreekt, moge blijken uit de slotopmerking over het coronairinfarct: „There is often far more residual disability from fear than from myocardial damage — and it is largely within our power to prevent this”.

Een prettig boek, dat men stellig vaak ter hand zal nemen.

G. J. Bremer

### INHOUD

	Blz.
Van de C.W.O. ....	39
J. Venker: Otitis Media .....	41
J. G. Antvelink: Het discussyndroom .....	50
Prenatale zorg .....	54
Referaten ..	55
Boekbespreking .....	58