

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

Prognose en katamnese. *Querido, A. (1959) Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 37, 69.*

Het beschreven onderzoek is te beschouwen als een poging voorafgaande onderzoeken, door of met steun van de schrijver verricht, nader te funderen. Als eerste in de rij van deze onderzoeken wordt vermeld de „Inleiding tot de integrale geneeskunde” (1955).

In deze inleiding werd de mens onderscheiden in drie verschijningsvormen: de biologische mens, de individueel psychologische mens en de sociaal psychologische mens.

Er werd uitgegaan van de hypothese, dat deze drie verschijningsvormen een onderlinge wisselwerking zouden ondergaan. De verwachting was, dat bij een groep patiënten, die wegens een evidente stoornis in het somatische „veld” in een ziekenhuis was opgenomen, eveneens stoornissen zouden worden gevonden in het psychische en sociale „veld”.

Het bleek, dat bijna zonder uitzondering naast stoornis in het somatische veld, stoornissen in de beide andere velden werden aangetroffen en dat, zonder een „integrale” beschouwing van alle onderzochte velden, niet te verwachten was, dat een somatische behandeling volledig tot zijn recht zou komen.

„De consequentie van dit onderzoek zou moeten zijn, dat iedere in een ziekenhuis opgenomen patiënt niet alleen door het somatisch-specialistische team, maar tegelijkertijd door andere specialisten: een psychiater, een psychologisch geschoold medicus, een maatschappelijk werkster van universitair niveau, zou moeten worden onderzocht, waarbij de behandeling pas in volle omvang zou kunnen worden ingesteld, na een synthese van de gegevens van het volledige team.” Er werd gesteld, dat telkens weer wordt gewezen op de functie van de huisarts als die van de centrale figuur, aan wie de integratie van de gegevens en de interpretatie van de persoon van de patiënt dient te worden toevertrouwd, waarbij dus de huisarts een zeer bepaalde functie krijgt toebedeeld, naast die van zijn gespecialiseerde collegae. Maar terecht werd er tevens op gewezen, dat de opleiding van de huisarts dan zodanig zal moeten zijn, dat deze functie niet zal worden afhankelijk gesteld van zijn toevallige belangstelling of intuïtieve gaven, maar zal zijn gebaseerd op voorlichting tijdens zijn studie, door gespecialiseerde deskundigen, op dezelfde wijze als de voorbereiding waarop zijn functie als voorpost bij de behandeling van somatische afwijkingen is gebaseerd. Pas dan zal de laatste zinsnede van het boek waarheid kunnen worden: „Integrale geneeskunde is het specialisme van de algemene arts”.

Terwijl in de „Inleiding tot een integrale geneeskunde” van de in een ziekenhuis opgenomen patiënten, naast de stoornissen in het somatische veld, gezocht wordt naar stoornissen in het psychische en sociale veld, zonder de opzet het verband tussen de stoornissen in de diverse velden te bewijzen, wordt in het onderhavige onderzoek een poging gedaan correlatie aan te tonen tussen de diverse vormen van problematieken bij de in het ziekenhuis opgenomen patiënten en de resultaten van de behandeling in het ziekenhuis ten aanzien van het lichamelijk welbevinden, geruime tijd na het ontslag uit het ziekenhuis.

Het onderzoek omvat ruim 1600 patiënten, die in de loop van ongeveer drie jaar in het Weesperpleinziekenhuis te Amsterdam werden opgenomen. Van iedere patiënt werd behalve de gebruikelijke klinische status een „psycho-sociale status” gemaakt. In deze laatste werd, volgens een vast schema, een aantal gegevens verzameld over individuele en sociale omstandigheden. Op grond van deze gegevens beoordeelde een team, bestaande uit een algemeen arts, een maatschappelijk werkster en een psychiater, in hoeverre de patiënt in staat was de gevonden problemen te verwerken. Meende het team

De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij G. J. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven.

dat de patiënt niet tegen zijn problematiek was opgewassen, dan sprak men van „overbelasting”. Een niet tot het team behorende arts, die geen inzage had gehad van de gegevens van de psycho-sociale status, deed het naonderzoek, welk katamnestic onderzoek ongeveer zes maanden na het ontslag uit het ziekenhuis plaats vond.

Men kwam tot een onderscheiding in twee categorieën: katamnestic toestand bevredigend en katamnestic toestand onbevredigend. De prognose, alleen op grond van de somatische status, opgemaakt door de klinicus, maakte een onderscheid eveneens in twee categorieën: prognose faust, indien op grond van de klinische bevindingen gerekend kon worden op een terugkeer van het welbevinden van de patiënt en infaust, indien verwacht mag worden, dat de somatische afwijkingen irreversibel zijn. Men stelde nu naast elkaar de klinische prognose en het oordeel van het team, dat berust op de gegevens van de psycho-sociale status. Uit dit laatste oordeel spreekt ook een zekere toekomstverwachting. Men spreekt over dit oordeel als van het integratieve oordeel, aangezien het klinische oordeel er thans met opzet niet in is verwerkt, ter onderscheiding van het integrale oordeel. Men kwam onder meer tot de volgende conclusies:

„De voorspellingen, alleen gebaseerd op het integratieve oordeel, werden door het katamnestic oordeel in groter aantal bevestigd, dan de klinische prognose.”

„Patiënten, bij wie volgens het integratieve oordeel spanningen aanwezig zijn, die het welbevinden storen, blijken bij katamnestic onderzoek in een significant geringer aantal in bevredigende toestand te verkeren, dan patiënten, bij wie geen spanningen werden gevonden”.

„De door het integratieve oordeel geconstateerde aanwezigheid van sociale en (of) psychische spanningen, die het welbevinden storen, is niet aan bepaalde ziektebeelden of klinische diagnoses gebonden en wordt evenmin gekarakteriseerd door bepaalde traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis of de actuele situatie.”

Tenslotte zij vermeld, dat de schrijver in het vooruitzicht stelt, uit de gegevens van het onderzoek ook andere vraagstukken te zullen bewerken. Als zodanig worden onder andere genoemd: de rol van de psychiater in het algemene ziekenhuis, de mogelijkheid de aanstaande huisarts een goede voorbereiding voor zijn taak te geven, door hem enige tijd in het ziekenhuis de rol van algemeen arts van het team te geven en de vraag van de samenwerking tussen ziekenhuis en huisarts. Het is zeker, dat het N.H.G. vooral voor het antwoord op deze laatste vraag grote belangstelling heeft.

Jhr. Dr. A. H. van Lidht de Jeude

A peroxidase-staining procedure for the identification of polymorphonuclear leucocytes and leucocyte casts in the urinary sediment. *Kaye, M. (1958) New Engl. J. Med. I, 1301.*

Het is gebleken dat de diagnose pyelonefritis vaak niet te stellen is zonder histologisch onderzoek van de nieren. Meestal wordt deze diagnose gesteld als in het urinesediment pus, segmentkernige leukocyten of leukocytencylinders worden gevonden. Nu valt het herkennen van deze laatste vaak niet mee: de onderscheiding van cylinders met epitheelcellen van de niertubulus is moeilijk. Als men de leukocyten specifiek zou kunnen kleuren zou dat gemakkelijker zijn en de schrijver heeft dit geprobeerd.

Het enzym peroxydase wordt niet gevonden in de cellen van de tractus urogenitalis, maar wel in de rijpe neutrofiële leukocyten en in kleinere hoeveelheden ook in de onrijpe myelocyten en in de monocytten. Sato en Shoji beschreven in 1928 een peroxydase reactie, die ook toegepast zou kunnen worden in het urinesediment. De leukocyten worden met deze kleuring groenblauw en ook de leukocyten op de cilindres vertonen dit verschijnsel. De schrijver wijst er op dat juist de cilinder een ontstekingsproces van de nefronen kan betekenen, ook al zijn er geen klachten of klinische verschijnselen en is er röntgenologisch niets te vinden en worden in het sediment geen bacteriën en hoogstens een enkele leukocyt gevonden.

Volgens de schrijver is de hier behandelde methode de beste tot nu toe bekende om de diagnose pyelonefritis te stellen als men afziet van de histologische diagnose, die uiteraard pas na sectie of operatie kan gebruikt worden.

Bij patiënten met glomerulonefritis komen ook cilindres voor met leukocyten maar de aanwezigheid van veel erythrocyten en erythrocytencylinders kunnen de onderscheiding van pyelonefritis mogelijk maken.

Vindt men dus veel leukocytencylinders en geen of weinig erythrocytencylinders dan wijst dit op pyelonefritis.

S. H. H. Berghuis

58-110. Les arylsulfonamiden hypoglycémians et antidiabétiques. Loubatières, A. (1958) *Presse méd.* 66, 1175 en 1229.

De schrijver bestudeert sedert 1942 de werking van sulfamiden, welke — volgens de door hem gebruikte terminologie — een bloedsuikerverlagende en een antidiabetes-werking hebben. In twee artikelen geeft de schrijver een overzicht van de resultaten van eigen onderzoekingen, van 21 symposia en van meer dan 500 artikelen, die na 1955 aan dit onderwerp zijn gewijd.

De schrijver noemt deze stoffen arylsulfonamiden omdat het aromatische sulfamiden zijn. Deze naam geeft aan, dat het niet gaat om de bacteriostatische of anti-infectieuze werking van sulfamiden, doch om de farmacodynamische werking, welke gebonden is aan hun chemische structuur.

In het eerste artikel wordt het werkingsmechanisme besproken, zoals dit blijkt uit experimentele studies.

Uit tal van experimenten blijkt, dat de voorwaarde voor de bloedsuikerverlagende werking van arylsulfonamiden een min of meer intact pancreas is: zij stimuleren de afscheiding van insuline. Deze stimulerende werking geschiedt niet via zenuwprikkeling maar langs humorale weg, hetgeen betekent, dat de arylsulfonamiden direct de β -cellen van het pancreas tot een verhoogde afscheiding van insuline prikkelen. Het is gebleken, dat de werking der arylsulfonamiden niet via andere klieren met interne secretie plaats vindt. De hypothese, dat de arylsulfonamiden hun werking zouden ontplooiën door remming of vernietiging van de α -cellen van het pancreas, is op experimentele en klinische gronden eveneens verworpen. Een verklaring van de bloedsuikerverlagende werking via remming van leverwerking, gluconeogenese of glucogenolyse vindt evenmin steun in de experimenten. Ook is het onwaarschijnlijk, dat de arylsulfonamiden uitsluitend zouden werken via een remming van het door de lever gevormde anti-insulinase, hetwelk insuline afbreekt. Van een werking op de perifere weefsels is niets gebleken; de arylsulfonamiden alléén vergemakkelijken niet de glucoseopname noch het glucoseverbruik of de opslag van insuline in of door bepaalde weefsels. De arylsulfonamiden zijn onder speciale experimentele condities in staat het substraat van diabetes, de numerieke of functionele insufficiëntie der β -cellen van het pancreas, te verbeteren. Volgens de schrijver wordt deze verbetering bereikt, doordat nieuwe eilandjes van functionerende β -cellen in het pancreas worden gevormd. De antidiabetes-werking der arylsulfonamiden zou dus drieërlei zijn, namelijk bevordering van de insulinesecretie, potentiëring van de werking van insuline en regeneratie van β -cellen.

In het tweede artikel bespreekt de schrijver de toepassing van de experimenteel verworven kennis op de diabetes van de mens. De arylsulfonamiden oefenen een bloedsuikerverlagende werking uit bij de gezonde mens. Bij mensen, die door een pathologisch proces slecht gevoed zijn, kan toediening van arylsulfonamiden, via een langdurige hypoglykemie, aan-

leiding geven tot het ontstaan van ernstige afwijkingen van het zenuwstelsel. Deze afwijkingen zijn vergelijkbaar met die, welke ontstaan na hoge doses protaminezinkinsuline. Bij mensen zonder pancreas veroorzaken de arylsulfonamiden geen verlaging van het bloedsuikergehalte. Zo hebben de arylsulfonamiden geen bloedsuikerverlagende werking bij hemochromatose (diabète bronzé), overeenstemmend met het feit, dat het hemosiderine voornamelijk in de β -cellen van het pancreas wordt afgezet. Bij aandoeningen van andere klieren met interne secretie ontvouwen de arylsulfonamiden hun bloedsuikerverlagende werking eveneens slechts, zolang de werking van het pancreas niet is gestoord. De invloed van de toediening van arylsulfonamiden op de leverfunctie bij diabetici is nog onduidelijk.

Potentiëring van de werking van exogene insuline door arylsulfonamiden wordt bij sommige diabetici gevonden. Ook zijn gevallen bekend, waarin toediening van arylsulfonamiden een resistentie tegen insulie deed afnemen of verdwijnen.

Daar de arylsulfonamiden geen insulinerwerking hebben en zij slechts de afscheiding van insuline door het pancreas stimuleren, moet men in het begin van de behandeling, wanneer er nog hyperglykemie is, hoge doses arylsulfonamiden geven om het bloedsuikergehalte weer normaal te doen worden. Daarna zijn kleine hoeveelheden insuline en dus lage doses arylsulfonamiden voldoende om het bloedsuikergehalte normaal te houden. Ook bij de behandeling van diabetes met arylsulfonamiden moet men, om extra belasting van het pancreas te voorkomen, trachten het lichamelijke en geestelijke evenwicht van de patiënten te bewaren.

Daar de werking der arylsulfonamiden afhankelijk is van de aanwezigheid van voldoende functionerende β -cellen, is het begrijpelijk, dat toediening daarvan bij ernstige gevallen van acidosis of coma diabeticum geen effect heeft. Bij diabetici met een lichte acidosis kan de toediening van arylsulfonamiden nog wel succes hebben. Men krijgt de indruk, dat de arylsulfonamiden dan in staat zijn een zekere traagheid van de insulinesecretie op te heffen.

De verklaring van de werking der arylsulfonamiden als stimulans van de β -cellen maakt het begrijpelijk, dat in het algemeen de diabetes van jonge mensen, die zijn de patiënten bij wie in het pancreas vrijwel geen intacte β -cellen gevonden worden, niet of zelfs slecht reageert op toediening van arylsulfonamiden. Er zijn dan geen functionerende β -cellen aanwezig of het kleine aantal nog functionerende β -cellen wordt door de stimulerende werking der arylsulfonamiden uitgeput („diabète maigre”). Diabetes, die op oudere leeftijd evident is geworden, reageert vaak goed op toediening van arylsulfonamiden omdat bij deze patiënten nog wel voldoende β -cellen aanwezig zijn. De werking van de arylsulfonamiden zou hier berusten op opheffing van de traagheid der insulinesecretie („diabète gras”).

Indien het waar is, dat de arylsulfonamiden hun werking ontplooiën via een verhoogde uitscheiding van insuline door het pancreas, dan zou deze behandeling meer fysiologisch zijn dan de toediening van exogene insuline. De regulatie van diabetes zou op deze manier beter, dat wil zeggen meer aangepast aan de wisselende behoefte van het lichaam aan insuline tot stand komen dan door inspuiting van insuline.

De vraag, of langdurige toediening van arylsulfonamiden schade kan berokkenen, is nog niet volledig beantwoord. Het schijnt, dat toediening van lage doses, van gemiddeld een gram per dag, weinig schadelijke bijwerkingen geeft. Langdurige toediening kan bij jonge diabetici waarschijnlijk wel uitputting van het pancreas teweegbrengen. Bij de „diabète gras” is dit mogelijk niet het geval, doch dit probleem is, door allerlei extra-pancreatische invloeden op het verloop van diabetes, zeer ingewikkeld.

Aanknopen aan de experimentele ervaringen, verdedigt de schrijver tenslotte de stelling, dat het bestuderen van de werking der arylsulfonamiden mogelijkheden opent om, door verbetering of herstel van de gestoorde pancreasfunctie, te komen tot een rationele bestrijding van de oorzaak (of oorzaken) van het ontstaan van diabetes. Hij haalt hierbij een uitspraak aan van Mauriac: „Dans le diabète humain si tout ne commence pas par le pancréas, tout finit par le pancréas”. (Zie hierover ook Leijnse, B. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 93. ref.).

N. Bessom