

thiazidine door bovendien het chlooratoom te vervangen door een CF<sub>3</sub>-groep (zie figuur 1). Met beide middelen hebben wij enkele tientallen patiënten behandeld. Meer dan bij het onderzoek van het chloorthiazide hebben wij daarbij gelet op de uitscheiding der mineralen. Onze indruk is, dat hydrochloorthiazide al bij een dosis van 50 à 100 mg zijn maximale werking op de natriumdiurese bereikt. Chloorthiazide, zoals eerder gezegd, pas bij 1 à 2 gram.

Het maakt evenwel niet de indruk, dat bij maximale werking de natriumdiurese veroorzaakt door hydrochloorthiazide groter is dan die door chloorthiazide. Ook hydrochloorthiazide drijft kalium uit — zoals chloorthiazide en ook zoals mersalyl. Deze kaliumdiurese neemt wellicht toe, wanneer men de dosis verhoogt boven 100 mg. Onze groepen patiënten zijn te klein om een zekere uitspraak toe te laten. Belangrijk verschillen doen deze middelen niet, afgezien van de dosering. Misschien zal hydrochloorthiazide minder misselijkheid veroorzaken. Eén van onze patiënten, die na tweejarige behandeling met chloorthiazide refractair voor dit middel was geworden, scheidde wel weer duidelijk natrium uit, toen hem hydrochloorthiazide werd gegeven. Of deze patiënt ook tegen hydrochloorthiazide refractair zal worden, kan de toekomst niet meer leren; hij is overleden. Anders is het met het metforylthiazidine. Met dit middel hebben wij maar zelden de fraaie diureses kunnen bereiken, die wij zien bij toepassing van de beide andere stoffen. Ook gemiddeld steeg de natriumdiurese minder. Daarentegen nam de kaliumdiurese duidelijk toe, ook al bij lage doses.

*Conclusie.* Tot slot wil ik hier een overzicht geven van de wijze, waarop wij in het Zuiderziekenhuis patiënten met oedemen behandelen.

- 1 De patiënt krijgt in elk geval streng zoutloos dieet. Oedeem betekent een teveel aan zout in het lichaam; immers, de hoeveelheid water is van de hoeveelheid zout afhankelijk, doordat de nier de osmotische druk handhaaft. Het is onlogisch om, wanneer men zich veel moeite moet getroosten dit zout uit te drijven, de toevoer onbeperkt te laten doorgaan.
- 2 Als diureticum geven wij tweemaal daags 50 mg hydrochloorthiazide; men kan ook tweemaal 0,5 of tweemaal 1 gram chloorthiazide geven.
- 3 Als controle wegen wij de patiënt dagelijks en meten wij de urineproductie. Neemt het gewicht niet verder af en zijn de oedemen verdwenen, dan staken wij de hydrochloorthiazidetoediening. Neemt het gewicht dan weer toe, dan moet de patiënt een onderhoudsdosis hebben van bijvoorbeeld drie of vier dagen in de week 50 mg.
- 4 Heeft deze behandeling onvoldoende resultaat, dan zetten wij de toediening van hydrochloorthiazide weliswaar voort, maar geven bovendien, na enkele dagen drie gram ammoniumchloride daags, mersalyl intramusculair. Deze gecombineerde behandeling met hydrochloorthiazide en mersalyl geeft een krachtiger diurese dan elk dezer middelen afzonderlijk.
- 5 Het kaliumgehalte van het serum wordt wekelijks gecontroleerd en zo nodig op peil gebracht met 3 gram kaliumchloride (of kaliumcitraat) per dag.

Het gelukt bijna altijd, op deze wijze de oedemen te verdrijven. Mersalyl hebben wij de laatste jaren slechts een heel enkele maal gebruikt.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

59—050. Testosterone in defective spermatogenesis. *Spence, A. W. en V. C. Medvei (1959) Lancet I, 124.*

Uit het feit dat testosteron in staat is bij gehypospadysectomeerde dieren de spermatogenese in stand te houden concludeert men dat één van de functies van testosteron het bevorderen van de vorming van spermatozoa is. De testes van patiënten met een onvoldoende spermatogenese zijn echter niet te vergelijken met die van proefdieren zonder hypofyse. Bovendien is in de regel bij deze patiënten ook geen tekort aan testosteron aan te tonen. Een moeilijkheid bij de behandeling van a- en oligozoöpermie is ook de te gebruiken dosering. Te weinig heeft geen effect en hoge doses (in de orde van grootte van 75 mg per week) kunnen de spermatogenese helemaal onderdrukken. Wel kan men dan soms een „rebound” zien optreden, waarbij het aantal spermatozoa hoger wordt dan voor de behandeling.

De schrijvers behandelden 30 patiënten met oligospermie, die overigens gezond waren en met name geen tekenen van hormonale stoornissen vertoonden, met, op verschillende wijzen toegediend, testosteron en vergeleken de resultaten hiervan. Sommige patiënten werden op meer dan een manier be-

handeld. Tien patiënten kregen 5 tot 25 mg methyltestosteron per dag sublinguaal. Bij zeven van hen veranderde het sperma niet. Dertien patiënten kregen gedurende twaalf weken twee of driemaal per week 50 mg testosteronpropionaat intramusculair. Bij zes van hen ontstond azoöpermie, bij vijf gevolgd door een „rebound”fenomeen (de zesde patiënt kon niet lang genoeg geobserveerd worden). Hun vrouwen werden niet zwanger, wel was dit het geval bij zes anderen uit deze groep. Zes patiënten werden behandeld met intramusculaire injecties van 50 mg testosteron-izobutyraat eens in de vier tot zes weken. Bij hen kon geen verandering in de samenstelling van het semen worden gevonden. Tenslotte werden zes patiënten behandeld met implantatie van testosterontabletten, waarna bij twee het sperma enige verbetering vertoonde.

Elf van de dertig patiënten slaagden er in, tijdens of kort na de behandeling, hun vrouwen te bevruchten. De schrijvers waren echter het meest geïmponeerd door het feit, dat in negen gevallen de oligospermie (minder dan tien miljoen spermatozoën per ml) nog steeds bestond. Zij twijfelden dan ook aan de werkzaamheid van de therapie.

J. G. Antvelink

**59-051 Fracture patterns.** *Buhr, A. J. en A. M. Cooke (1959) Lancet I, 531.*

Naar aanleiding van de vraag of botbreuken bij bejaarden tegenwoordig meer voorkomen dan vroeger, gingen de auteurs het materiaal van hun kliniek in Oxford over de jaren 1938-1956 na. In die periode behandelden zij 1.434 collumfracturen, waarvan er 70 percent bij vrouwen voorkwam. In het laatste jaar werden er meer dan zesmaal zoveel gevallen behandeld dan in het eerste. Hoewel vele factoren als, de bevolkingstoename, de oorlog en anderen aan deze stijging ongetwijfeld hebben meegewerkt, kan dit toch deze toename niet geheel verklaren. De verdeling in leeftijdsgroepen leerde dat onder de 50 jaar de meeste collumfracturen voorkwamen bij mannen en dat in de groep der 70-79-jarigen viermaal zoveel vrouwen als mannen werden getroffen. Een man van 80 jaar heeft 40 keer zoveel kans zijn collum te breken dan een van 40 jaar. Bij vrouwen is deze verhouding zelfs een op meer dan 300. Dit wijst erop dat de botten van oude, en vooral van oude vrouwen, buitengewoon bros zijn. De atrofie van het bot is van meer betekenis dan het trauma. Dit komt ook overeen met de waarneming van Cooke, dat osteoporose van de wervelkolom zesmaal zoveel bij vrouwen voorkomt dan bij mannen.

Analoge bestudering van alle andere (traumatische) fracturen leerde dat men deze, naar de verdeling over de verschillende leeftijdsgroepen en de geslachten, in vier groepen kan onderscheiden. Naar de vorm van de curve onderscheiden de schrijvers een A-, een J- en een L-patroon en een gemengd type. Bij het A-type ligt de top voor de mannen in de middelste leeftijdsklasse, terwijl voor vrouwen de lijn vrijwel horizontaal verloopt. Dit is het „wage-earners” patroon. Dit zijn de fracturen die in de regel door ongevallen bij het werk ontstaan en voornamelijk de handen en voeten betreffen.

Het L-type — het „prae-wage-earners” patroon — omvat de fracturen, die in de jeugd veel voorkomen en op latere leeftijd minder, zoals de breuken van de tibiaschacht, het sleutelbeen en de supracondylaire humerusfractuur.

Het J-type omvat de fracturen die vooral bij bejaarden voorkomen als de collumfractuur, de subtrochantere femurfractuur, fracturen van het bekken en de hoge humerusfractuur. Fracturen van dit type vereisen bij jeugdige personen een aanzienlijk trauma.

Tot het gemengde type behoren onder andere de fracturen van de fibula, de radius en de ulna.

In een nabeschuiving merken de schrijvers op dat de oorzaken voor het gemakkelijker optreden van een botbreuk bij bejaarden in drie groepen zijn te verdelen, de leeftijd, externe en interne factoren. Bij de externe — extern ten opzichte van het bot — valt op te merken, dat oude mensen weliswaar minder vaak een ernstig trauma krijgen, maar daarentegen veel vaker kleinere (vallen). De voornaamste „interne” oorzaak is botatrofie. Deze is zowel kwantitatief als kwalitatief, met name daalt het vochtgehalte van de matrix sterk. De betekenis van de voeding is niet duidelijk. De verminderde gonadale functies hebben een duidelijke invloed. J. G. Antvelink

**59-052 The hazard of water enemas.** *Leading article (1959), Lancet I, 559.*

Hoewel er sinds duizenden jaren waterclysma's worden gegeven, is men het toch nog niet eens over de meest wenselijke samenstelling. Water en zeepwater zijn allebei hypotonisch ten opzichte van het bloedplasma. Snelle resorptie van water kan tot een „watervergiftiging” leiden. Hiatt (1951) wees hierop. Hij zag bij een aantal lijdens aan megacolon na een clysma ernstige reacties optreden en zelfs enkele sterfgevallen. De symptomen van deze „watervergiftiging” zijn: duizeligheid en zwaktegevoel, soms opwindingstoestanden en tenslotte convulsies en coma. De patiënt is bleek, voelt koud aan en zweet sterk, de bloeddruk daalt niet, zoals bij shock. Ziskind en Gellis zagen dat bij kinderen met een gezond colon 10 tot 50 percent van het clysma geresorbeerd werd. Een bariumclysma is, doordat het barium onoplosbaar is, ook hypotonisch en kan daardoor dezelfde verschijnselen geven. Fysiologische zoutoplossing zou aanleiding kunnen geven tot te sterke hydratatie met oedeemvorming.

Alvorens een clysma voor te schrijven overtuige men zich eerst dat de patiënt niet reeds overladen is met vocht en dat

de wateruitscheiding niet is gestoord. Speciaal zou het herhalen van een clysma, nadat het eerste niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd en is ingehouden, gevaarlijk zijn.

J. G. Antvelink

**59—053 Enuresis nocturna in der Sicht der Erziehungsberatung mit Berücksichtigung der „Spontanen Pollakisurie als Therapie”.** *Merguet, L. (1959) Münch. med. Wschr. 101, 1081.*

Schrijfster is leidster van een adviesbureau voor kinderen en adolescenten, een zogenaamde „Erziehungs-Beratungsstelle” (afgekort E.B.) in Bielefeld.

In de jaren 1956 tot 1958 waren op 1024 E.B.-kandidaten 79 of 7,7 procent enuresis patiënten. Men spreekt van enuresis nocturna, wanneer het kind na het derde jaar 's nachts nog in bed plast. Daar het hier een geselecteerd materiaal betreft, geeft dit getal geen juiste indruk van het voorkomen van enuresis bij de doorsnee bevolking. Het E.B.-materiaal omvat voornamelijk kinderen met school- en leermoeilijkheden, spraakstoornissen en dergelijke. De enuresisgroep volgt op de vierde of vijfde plaats. Von Harnack deed een onderzoek bij 2.400 van een ongeselecteerde groep van 17.000 leerlingen eerste klas lagere school in Hamburg en vond daarbij in 1,7 procent der gevallen enuresis nocturna, terwijl 10 procent van de kinderen met drie jaar nog niet zindelijk was. Bij de 146 leerlingen van het eerste schooljaar van de geselecteerde groep uit Bielefeld vond schrijfster in 12,3 procent enuresis nocturna.

De kwaal is een grote belasting voor het kind en raakt door verkeerd reageren van de opvoeders ingeslepen. Schrijfster bespreekt een zeer eenvoudige methode ter behandeling van enuresis nocturna, volgens Ohnsorge (afgekort O.kuur). Deze bestaat daaruit, dat men de kinderen een uur voor het naar bed gaan elke tien minuten laat proberen een plasje te doen. Het is daarbij niet noodzakelijk, dat elke tien minuten urine wordt geproduceerd. De moeders moeten deze oefening zes weken volhouden, ook al is de patiënt voor die tijd droog.

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

Ohnsorge beschouwt het goed functioneren van de blaas als een combinatie van drie factoren: Het vermogen tot bewuste innervatie van de blaassluitspier, dat zich bij de normale baby tussen de negende en achttiende levensmaand ontwikkelt; het aanvankelijk onbewuste gevoel voor de vullingstoestand van de blaas en het koppelen van de willekeurige mictie aan bepaalde uitwendige omstandigheden.

Een goede proef om te zien of de moeders voldoende willen meewerken is het gedurende twee weken zelf laten noteren van de in genoemd uur geproduceerde hoeveelheid urine. Het blijkt, dat sommige moeders tegen deze extra moeite optien en zich met allerlei uitvluchten aan de opgelegde taak trachten te onttrekken. De positieve medewerking van de kant van de opvoeders is noodzakelijk voor het slagen van de O.kuur. Zo ziet schrijfster af van toepassing der methode, bij pleegkinderen, die zouden worden opgenomen in een inrichting en indolente moeders met debele kinderen, waarvan men geen medewerking kan verwachten. Het verdient aanbeveling na ongeveer het achtste jaar ook de kinderen bij de bespreking te betrekken. Met adolescenten bespreekt men de methode ook alleen zonder de opvoeders. Op deze wijze wordt hun medewerking gestimuleerd en het zelfvertrouwen versterkt.

Schrijfster geeft een voorbeeld van een negenjarig patiëntje, een zeer beweeglijk, intelligent jongetje, dat zich graag liet gelden, duidelijk jaloers was op zijn twee jaar jonger zusje, dat in tegenstelling met hem steeds droog was. Toen zijn moeder hem ondanks haar belofte nog geen maatglas gegeven had, nam hij zelf een jampot, „ijkte” deze met leukoplaststrookjes en was na drie weken „oefenen” droog. Om zijn verkeerde instelling te corrigeren werd hij later in een groep voor spel-therapie opgenomen. Gedurende een waarnemings-tijd van meer dan twee jaar, heeft hij zich in positieve zin

ontwikkeld en is hij nog steeds droog. (Uit dit voorbeeld blijkt overigens wel dat, hoe de O.kuur ook moge werken, een juiste psychologische benadering van de patiënt een voor naam, zo niet het voornaamste, punt is; ref.).

De resultaten met de O.kuur bij de 79 patiënten waren als volgt. In 53 gevallen werd de kuur aangeraden, waarbij er 30 succes hadden; eenmaal zag men verbetering, zevenmaal mislukte de kuur en 15 bleven er weg of moesten om andere redenen de kuur onderbreken.

C. T. Lens

**59—056 La sulfaméthoxy-pyridazine dans le traitement des infections urinaires.** *Truc, E., R. Henriët, J. P. Pous, J. Tarbourlech et A. Vidal (1959) Presse méd. 67, 500.*

Sulfamethoxy-pyridazine (Lederkyn, Unosulf, enz. ref.), één gram per os in een éénmalige dosis, geeft snel een hoge bloedspiegel, welke meer dan vierentwintig uur op hetzelfde peil gehandhaafd blijft. De uitscheiding met de urine geschiedt langzaam, dertig procent in de eerste vierentwintig uur, en duurt drie à vier dagen. Door de veel geringere acetylering is het gevaar voor kristalvorming in de urine minder groot, dan bij het gebruik van andere sulfonamiden.

De schrijvers bestudeerden de werking van sulfamethoxy-pyridazine bij 61 in een ziekenhuis opgenomen patiënten met urologische aandoeningen. De patiënten kregen geen andere medicatie. De dosering bedroeg in de eenvoudige gevallen één gram de eerste dag en een halve gram per dag gedurende de daarop volgende vier tot zeven dagen; in gecompliceerde gevallen bedroeg de begin dosis anderhalf à twee gram gedurende twee à drie dagen, gevolgd door één gram per dag. Uit de bacteriologische gegevens blijkt de brede werkingmogelijkheid van sulfamethoxy-pyridazine. In drie gevallen werden colibacillen tijdens de behandeling resistent.

Van vijftien gevallen van cystitis genazen er tien bacteriologisch en klinisch; in vier gevallen, waarbij genezing door bijkomende omstandigheden onmogelijk was, trad verbetering op; één mislukking werd genoteerd bij een cystitis veroorzaakt door colibacillen. Bij drie gevallen van prostatitis zag men eenmaal genezing en tweemaal een duidelijke verbetering optreden, hoewel de geïsoleerde kiemen resistent waren tegen alle antibiotica.

Orchi-epididymitis werd in vier gevallen behandeld. Van de twee spontaan opgetreden gevallen van epididymitis genas er één; bij de andere patiënt mislukte de behandeling; van de twee patiënten met gecompliceerde orchi-epididymitis werd er één koortsvrij. Van de vijf gevallen van pyelonephritis genazen er drie, die spontaan waren opgetreden met een dosering van driekwart à één gram per dag gedurende acht tot tien dagen. Bij vijf gevallen van geïnfecteerde lithiasis of hydronephrosis gelukte de sterilisatie van de urine niet; in vier gevallen echter werd de temperatuur normaal. In zeven gevallen van complexe urinewegaandoeningen werd in één geval sterilisatie van de urine bereikt; vijf zieken werden koortsvrij; in één geval werd geen enkel resultaat behaald. Twee patiënten met gonorrhoeïsche urethritis werden met succes behandeld, respectievelijk met drie en twee gram gedurende vier dagen. In vijf gevallen tenslotte mislukte de behandeling met sulfamethoxy-pyridazine alléén, doch door gecombineerde behandeling met antibiotica werd tweemaal sterilisatie van de urine bereikt en driemaal apyrexie. Van te voren waren deze antibiotica zonder succes gebruikt bij deze patiënten. De schrijvers hebben sulfamethoxy-pyridazine met succes gebruikt ter voorkoming van koorts na urologische ingrepen bij patiënten met geïnfecteerde urinewegen. Het medicament wordt goed verdragen. Eénmaal werd een begin van eczeem gezien bij een patiënte, die overgevoelig was voor vele geneesmiddelen. (Zie mededelingen van de adviescommissie T.N.O. (1959) Ned. T. Geneeskunst, 103, 1962; ref.). N. Bessem.

#### BOEKBESPREKING

*Dr. J. A. Weyel. Psychiatry in general practice. Elsevier Publishing Company. Amsterdam 1958. 208 bladzijden. f 19,50.*

Het doel van deze dissertatie is de psychiatrie bruikbaar te maken voor de algemene praktijk; als zodanig verdient dit goede boek van een Nederlands psychiater de volle aandacht van de Nederlandse huisartsen. Ten eerste als we bedenken, dat de klinische psychiatrie geen methode ontwierp en dus ontoereikend is de psychische en sociale problemen en stoor-

nissen in de algemene praktijk te diagnostiseren c.q. te behandelen en ten tweede, omdat volgens Buma in 38 procent van alle aandoeningen, die de huisartsen zien, psychische en milieu-invloeden een rol spelen.

Weyel heeft voor de huisarts de psychosociale status gecreëerd, een onderzoek, dat hanteerbaar is voor de niet-specialist en wel, omdat de huisarts meer de psychosomatische en socio-somatische factoren bij zijn patiënt ziet dan de klinische specialist.

Als Buma in nummer 73 van zijn conclusies (Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg) schrijft, dat de psychiatrie, zoals ze „te velde” opereert, kwantitatief noch kwalitatief berekend is op haar taak ten aanzien van de gestoorde mensen in de algemene praktijk, is dit stellig niet alleen om bovengenoemde reden, maar ook omdat de huisarts het psychiatrisch consult ziet als bijvoorbeeld een chirurgisch consult, dat wil zeggen, hij heeft de verkeerde opvatting de psyche als orgaan te zien.

Vervolgens wijst Weyel op de verwarring van klacht en symptoom en op de fout de somatische klacht te identificeren met een somatisch symptoom; in dit verband wordt de premedische fase meestal genegeerd en zien we de klacht niet als een eenheid, die reeds een geschiedenis heeft.

Het beschrijven van de klacht is voor de patiënt een zoeken naar contact met zijn huisarts; dat hij zijn keus onbewust laat vallen in het somatische vlak, vindt zijn oorzaak in het feit, dat de somatische klacht sociaal aanvaardbaar is en de huisarts als somatisch deskundige wordt gezien.

De medische periode begint met het aanvaarden van die somatische klachten, maar tevens met een „integraal benaderen” van de patiënt. Hiervoor heeft de huisarts de psychosociale stethoscoop” nodig, die hem in staat stelt kennis te maken met de sociale façade van de patiënt, zoals hij voor de wereld wil zijn en met de betekenis en repercussies van iedere deviatie van het gemiddelde levenspatroon.

Op bladzijde 128 is de schrijver niet juist als hij schrijft: „It is a stipulation of the Health Insurance Act that they must consult their family doctor in case of illness, otherwise they will not receive any sickness benefit.”

Hun, die de psychotherapeutische taak van de huisarts zien, kan dit boek warm worden aanbevolen.

K. Gill.

*Het zintuiglijk en lichamelijk gebrekkige kind. Onder redactie van C. D. Mouljn, directeur van het bureau der Nederlandse Centrale Vereniging voor Gebrekkigezorg. De Tijdstroom. Lochem. 1959. 124 bladzijden. f 3,90.*

In dit boekje worden de opvoedings- en onderwijsproblemen besproken, die zich voordoen bij het gehandicapte kind. Tevens komen de vraagstukken aan de orde, die ontstaan indien dit kind later in de maatschappij een plaats zoekt. De afzonderlijke artikelen, een twintigtal, in dit boekje gebundeld, verschenen reeds eerder in het „Tijdschrift voor Gebrekkigezorg en Revalidatie”. Hoewel iedere huisarts in zijn praktijk slechts enkele van deze kinderen zal hebben is het toch wel zaak althans enigszins over de sociale problematiek ingelicht te zijn. Daar de specialisatie op deze gebieden zo ver is voortgeschreden, zal de huisarts zich vooral moeten toelagen op een vroegtijdige diagnose en het „aanpraten” van deskundige adviezen. Vooral op het platteland, waar het opvolgen van een advies vaak een uithuisplaatsing betekent, zal het oordeel van de huisarts soms worden gevraagd. Dit boekje zal zeker bijdragen dit oordeel te helpen vormen.

G. J. Bremer.

#### CURSUS GENETICA

Bij voldoende deelneming overweegt het hoofdbestuur van de Nederlandse Anthropogenetische Vereniging een cursus van enkele avonden te organiseren in de algemene erfelijkheidsleer. Deze vormt de basis voor de anthropogenetica, zodat enige voorlichting van de kant der biologen belangrijk is. De kennis van elementaire begrippen in de biogenetica is onontbeerlijk voor een goed inzicht in de erfelijke overdracht bij de mens. De Universitaire Centra van de vereniging lenen zich goed tot plaatsen van samenkomst. Artsen, tandartsen en studenten die aan deze cursus wensen deel te nemen, kunnen zich opgeven bij het administratieve secretariaat, Wassenaarseweg 56, Leiden. Van het aantal deelnemers zal afhangen of deze cursussen doorgang zullen vinden.