

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

60—013. *Organs palpable in the normal adult abdomen.* Bearn, J. G. en T. R. E. Pilkington (1959) *Lancet* II, 212.

In hoeverre bij gezonde volwassenen organen in de buikholte zijn te palperen, is het onderwerp van deze studie bij tweehonderd vrijwilligers; honderd mannelijke medische studenten en honderd leerling-verpleegsters, allen tussen 18 en 24 jaar. Beide onderzoekers onderzochten ieder onafhankelijk alle proefpersonen volgens een gestandaardiseerde gang van zaken, namelijk inspectie naar pulsaties van de aorta, palpates van de drie etages van het abdomen en wel rechts, links en in het midden, bij rustige ademhaling en met één hand. Nieren en milt werden met twee handen gepalpeerd gedurende diepe in- en uitademing.

Gelijkelijk bij mannen en vrouwen werd in ongeveer 80 procent door beide onderzoekers het coecum en het colon descendens gevoeld. Daarbij kwam nog 8 tot 9 procent waarbij slechts een van hen deze organen kon palperen. Hoewel pulsaties van de aorta bij vrijwel alle personen in het epigastrium zichtbaar waren, werd de aorta bij 80 vrouwen en 42 mannen door beide onderzoekers gevoeld en bovendien nog door een van hen in 10 respectievelijk 6 gevallen.

Geen enkele maal werd de maag, de pylorus, het duodenum, de dunne darm en de linker nier gevoeld. Twee verpleegsters hadden een palpabele milt, maar zij hadden dan ook recent een koortsige ziekte in de anamnese.

Bij elf vrouwen — en bij geen enkele der mannen — werd de rechternier gevoeld. Hieronder waren vier waarbij dit slechts één der onderzoekers gelukte en alleen bij de eerste poging en niet meer daarna, vermoedelijk omdat de nier zich had verplaatst. De nier werd gevoeld tussen de vingers van beide handen op het ogenblik dat de expiratie begon. Doordat röntgenfotografie werd bedreven tijdens het palperen van de rechter nier, maken de schrijvers aannemelijk, dat de rechter nier laag genoeg ligt om te kunnen worden gevoeld (vele handboeken der anatomie tonen dit), maar dat de omringende zachte weefsels dit verhinderen.

Naar de mening van de auteurs werden de positieve bevindingen in hoge mate bevorderd door het ontbreken van vetlijvigheid. Voor het voelen van de aorta en het niet voelen daarvan is waarschijnlijk het actief spierverset van de musculus abdominis aansprakelijk. Hierin ligt vermoedelijk ook de verklaring, dat slechts bij twee zeer lenige mannen met soepele buikmusculatuur de leverrand kon worden gevoeld, terwijl dit bij de vrouwen elfmaal het geval was. Deze elf waren echter niet dezelfde, bij wie de rechter nier kon worden gepalpeerd.

De auteurs deden geen somatische typering.

A. J. M. Daniëls

60—014. *The management of otitis externa.* Collins, E. G. (1959) *Practitioner* 183, 699.

De huid van de uitwendige gehoorgang bezit twee soorten klieren, de talgklieren en de glandulae ceruminariae. Bij histologisch onderzoek van de huid bij otitis externa bleken de glandulae ceruminariae zeer sterk ontstoken te zijn. Dit is in overeenstemming met de ervaring, dat bij exsudatieve otitis externa geen was gevonden wordt en de terugkeer van was de genezing inluidt. Sommigen zien in een dysfunctie van de glandulae ceruminariae de oorzaak van desquamatieve otitis externa, terwijl anderen vooral trauma en infectie als oorzaak zien. Een droge en onbeschadigde hoornlaag is de beste bescherming tegen uitwendige irritantia en infectie.

Otitis externa volgt veelal op het schoonmaken van een oor met haarspelden, vingers of de punt van een handdoek. Meestal zijn de veroorzakers stafylokokken, vaak enterokokken en in de tropen dikwijls *Pseudomonas pyocyaneus*; schimmels zijn minder frequent. Virusinfecties veroorzaken myringitis bullosa en herpes.

Als therapeutisch komt vooral polymyxine B en neomycine in aanmerking, eventueel gecombineerd met hydrocortison.

De symptomen van otitis externa, uitvloed, pijn, jeuk en doofheid, vindt men eveneens bij otitis media. De afscheiding bij otitis media is met slijm gemengd. De huid van de uitwendige gehoorgang heeft echter geen slijmklieren, zodat de afscheiding bij otitis externa dus nimmer slijmhoudend is. Bij otitis externa vindt men een rottingslucht, bij otitis media is de uitvloed, behalve bij cholesteatosis, reukloos.

De pijn bij otitis externa is constant en omschreven en verergert door kauwen en kan zich naar de nek uitbreiden. Bij otitis media treedt de pijn in vlagen op, afhankelijk van druk-schommelingen in de trommelholte, verergerd dus door gapen, niezen en neus snuiten; de pijn breidt zich uit naar de slaap. De jeuk staat bij otitis externa veel sterker op de voorgrond dan bij otitis media, terwijl doofheid bij otitis externa wisselend in intensiteit is, overeenkomstig de hoeveelheid in de gehoorgang aanwezige afscheiding.

Het onderscheid tussen otitis externa en otitis media berust tenslotte op inspectie van het trommelvlies na volledige reiniging van de gehoorgang. Een goede reiniging kan men alleen bereiken met een voorhoofdsspiegel, een goede lichtbron en gewone oorspecula. Het toilet van de gehoorgang geschiedt het beste met watten op een wattendrager. Bij dagelijks herhaling hiervan geneest 50 procent van de uitwendige oortontstekingen zonder verdere behandeling. Het onderscheid tussen otitis externa en otitis media kan bij oedeem van de gehoorgang zeer moeilijk zijn. Men moet er rekening mee houden dat beide aandoeningen ook gezamenlijk voor kunnen komen.

Voor de classificatie van otitis externa houde men rekening met een reeks oorzaken, zoals infecties, bijvoorbeeld furunculose en diffuse otitis externa; neurogene erupties, bijvoorbeeld pruritus; allergische aandoeningen, bijvoorbeeld contact dermatitis; traumata; otitis van onbekende oorsprong, bijvoorbeeld seborroïsche dermatitis. Seborroïsche dermatitis vertoont dikwijls in grote hoeveelheden vette schilfers en vaak vindt men ook intertrigo achter de oren of seborroe elders van de huid (schedelhuid). Vaak treedt secundaire infectie op door krabben. Voor de behandeling van de seborroïsche dermatitis gebruikt men zwavel-salicylzalf ter verweking en daarna ichthyolzalf, terwijl alle fissuren met nitras argenti worden aangestipt.

Bij furunculose moet de gehoorgang zorgvuldig worden gereinigd waarna dagelijks een gaasje gedrenkt in tien procent ichthyol-glycerine in de gehoorgang wordt gebracht. Eventueel droge warmte en penicilline alleen bij sterke klierzwelling. Na perforatie één procent gentiaanviolet of boorzalf.

Bij otitis externa exsudativa diffusa worden een acute en een chronische vorm onderscheiden. De acute vorm met oedeem en stenose van de gehoorgang kan men behandelen zoals bij furunculose beschreven of men gebruike, na zorgvuldige reiniging, een gaasje gedrenkt in looacetatoplossing. Is de zwelling teruggedaan dan applicere men boorzuurpoeder of boorzalf. Bij sterke algemene reactie is parenterale antibiotische therapie nodig en men trachte de aard van de ziekteverwekker vast te stellen. Bij de chronische vorm is de reiniging het belangrijkste, waarna de schrijver meestal één procent neomycine-hydrocortisonzalf gebruikt. Wanneer na 48 uur geen verbetering optreedt verrichte men een bacteriologisch onderzoek. Aan de patiënt moet persoonlijke hygiëne worden geleerd.

Bij schimmelinfecties gelijkt de afscheiding op nat vloeipapier, dat, bij aanwezigheid van *Aspergillus niger*, met zwarte stippen is bedekt. Behandeling met twee procent salicylspiritus of met twee procent thymoloplossing.

Bulleuze myringitis wordt nogal eens bij influenza gezien; men vindt dan met bloed gevulde blaren op het trommelvlies en op de huid in de buurt; meestal blijft een deel van het

trommelvlies onveranderd, zodat differentiatie van otitis media mogelijk is.

Neurogene erupties en allergische aandoeningen zijn meestal zeer moeilijk van elkaar te onderscheiden. Men vindt beiden, hoofdzakelijk in twee vormen, bij neurotische mensen. De eerste vorm begint met papels of vesikels, gevolgd door exsudatie, meestal met krabeffecten en secundaire infectie. De tweede vorm is de hyperkeratotische squameuze vorm of het chronisch gehoorgangezeem. De gehoorgang is meestal zeer nauw. Als allergische factoren denke men aan shampoos, haarverfmiddelen en soms aan een plastic brillenmontuur. Bij de behandeling moet men zeer voorzichtig zijn met de keuze van het plaatselijk toegepaste geneesmiddel. Na grondig oortoilet zag de schrijver vooral succes van één procent neomycine-hydrocortisonzalf op een gaasje ingebracht. Eventueel gebruike men een geringe dosis röntgenstralen. Phenobarbital of een tranquillizer is dikwijls nodig, terwijl tegen de jeuk een antihistaminicum nuttig kan zijn. Bij hyperkeratosis wordt eerst twee procent salicylzalf gebruikt ter verweking en daarna neomycine-hydrocortisonzalf. De therapie van deze vormen is zeer moeilijk en er komen veelvuldig recidieven voor. Na grondige schoonmaak brenge men een gaasje in de gehoorgang, bevochtigd met vijf à tien druppels neomycine-hydrocortisonoplossing. Zalf brenge men aan met geïmpregneerde smalle gaasjes van zeven tot tien cm lengte; is er geen oedeem dan kan men zalf met een wattendrager aanbrengen. Men houde zich voor ogen dat men bij iedere oorbehandeling een secundaire infectie kan veroorzaken.

N. Bessens

60—016. Les grands accidents des antibiotiques. *Richet, G., H. Ducrot en J. F. Delzant. (1960) Presse méd. 68, 11.*

Van de vele toxische verschijnselen van de antibiotica bespreken de auteurs enkele, die levensgevaarlijk kunnen zijn en wel met name de anafylactische shock, de superinfecties, de bacteriële enterocolitis en de moniliaseptichemie en tenslotte de apneu door intraperitoneale toediening van neomycine. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen zijn er in de literatuur toch al vele gevallen van beschreven.

De anafylactische shock volgt direct, of hoogstens enkele uren na de injectie; het Quinckes oedeem ontstaat later. In de meerderheid van de gevallen is penicilline de oorzaak, de tetracyclines en het chlooramfenicol kunnen deze reacties ook veroorzaken; streptomycine daarentegen schijnt, wat deze verschijnselen betreft, onschuldig te zijn. De anafylactische shock wordt voorafgegaan door droogheid van de mond, een gevoel van beklemming, wisselende bleekheid en roodheid van het gelaat, soms epigastrische pijn of plotseling optredende urticaria. Het Quinckes oedeem verschijnt vooral in het gezicht, namelijk lippen en wenkbrauwen. Hierop kan sterke inspiratoire dyspneu volgen door snel optredend glottisoedeem. Hoewel deze reacties van allergische aard zijn, is de oorzaak nog niet geheel opgehelderd. De eerste injectie kan al ernstige reacties teweeg brengen. De wijze van toediening schijnt niet van belang te zijn, evenals de aard van het penicillinepreparaat. Het resultaat van huidproeven is onzeker, zodat in de praktijk als belangrijkste profylacticum overblijft geen penicilline te gebruiken bij patiënten, die op enigerlei wijze allergisch reageren of die al eerder tengevolge van een penicillinetoediening, zelfs lichte, intolerantieverschijnselen hebben vertoond. In dringende gevallen kan desensibilisatie zijn geïndiceerd. Wat de behandeling betreft heeft de subcutane of intraveneuze toediening van adrenaline plaats gemaakt voor een intraveneus infuus van noradrenaline. Hoewel de ervaring ermee nog gering is zijn met intraveneuze toediening van 25 à 50 mg hydrocortisonsuccinaat gunstige resultaten bereikt.

Ernstige enterocolitiden zijn voor 85 procent het gevolg van een behandeling met de tetracyclines en voor het grootste deel van de rest door de combinatie penicilline-streptomycine. Vooral na buikoperaties is de prognose slecht. Het eerste symptoom is steeds het optreden van diarree, een tot vier dagen na het begin van de behandeling. De faeces zijn groenachtig en stinken niet. Dit laatste wijst op het verdwijnen van de darmflora en is een belangrijk verschijnsel. Het optreden van diarree, van welke aard ook, maakt het noodzakelijk de antibiotische behandeling onmiddellijk te staken.

In zeer ernstige gevallen treedt een choleriform syndroom op met dehydratie, collaps, hypokaliemie en uremie, en verder met uitgebreide pseudomembranen in de keel. Pathologisch-anatomisch zijn de afwijkingen talrijke erosies in het darmslijmvlies met pseudomembraanvorming. In de overgrote meerderheid der gevallen is de stafylococcus aureus de verwekker van dit ziektebeeld. De ernst van de infectie kan worden verklaard uit het ongevoelig zijn van de stafylokok voor het antibioticum en het verdwijnen van de overige bacterieflora, die normaliter de groei van de stafylokok remt.

Therapeutisch komt in aanmerking, behalve natuurlijk het direct staken van de behandeling met het antibioticum, het toedienen van een specifiek tegen de stafylokok gericht antibioticum (meestal erythromycine). Het herstellen van de normale darmflora door het toedienen van colicures of andere cultures schijnt niet erg werkzaam te zijn. Hierna volgt het bestrijden van de dehydratie en het toedienen van kalium (tot 10 g per dag). Behalve stafylococcus aureus kunnen ook andere organismen dit ziektebeeld veroorzaken. Nauwkeurige controle van de ontlasting is noodzakelijk bij de behandeling met antibiotica.

Septichemie door candida albicans komt waarschijnlijk vaker voor dan wordt vermoed. De armoede aan symptomen maakt het herkennen moeilijk. Koorts, beslagen op mond- en anaalslijmvlies en het voorkomen van de schimmel in de urine moeten er aan doen denken. De bloedkweek is negatief als er niet aan wordt gedacht op glucosebouillon te kweken. Begunstigend voor een candidaseptichemie werkt een slechte algemene toestand en vooral een stikstofverlies. Krachtige behandeling met nystatine dragees (6 tot 15 per dag), die moeten worden fijn gemaakt om beter effect te hebben, doodt de schimmels in de darm, maar doordat nystatine niet wordt geresorbeerd, blijven de parenterale harden bestaan. Amphotéricine, in een dosering van 10 tot 25 dragees per dag, is effectiever, omdat dit wel in het bloed overgaat. Eventueel kan het worden gegeven in een intraveneus infuus.

Tenslotte de apneu, die kan optreden na intraperitoneale instillatie van neomycine. Neostigmine schijnt deze ademstilstand te kunnen opheffen.

R. Rombach

60—021. Diet and weight-reduction in the obese. *Pilkington, T. R. E., H. Gainsborough, V. M. Rosenoer and M. Carey. (1960) Lancet I, 856.*

In 1953 en 1956 verschenen publikaties, die de indruk vestigden, dat het lichaamsgewicht sterker zou afnemen bij een vermageringsdieet, calorisch voornamelijk uit vetten bestaande, dan bij een isocalorisch dieet, dat voornamelijk koolhydraten bevatte.

In het onderhavige experiment blijkt daarvan niets; met een even groot gemak en maandenlang voortgezet, vallen zwaarlijvigen af, ongeacht of hun calorieën door vetten dan wel door koolhydraten worden geleverd. De schrijvers omgaven hun experiment (bestaande uit negen personen van zwaar gewicht) met de volgende zorgen. Er werden volledige balansstudies gemaakt van urine, faeces en bloedchemie; de diëten (800 of 1.000 cal. per dag) werden volgens de tabellen van McCance en Widdowson uitgerekend, en elk dieet werd minstens éénmaal geanalyseerd op vet en stikstof, waarbij de analyses minder dan tien procent van de berekende waarde verschilden. De patiënten waren opgenomen op de stofwisselingsafdeling van het ziekenhuis en gescheiden van de overige ziekenhuisbevolking.

In de zeer uiteenlopende diëten werd van de calorieën (800 of 1.000) door eiwitten 5 tot 30 procent, vetten 4 tot 86 procent en koolhydraten 9 tot 91 procent geleverd. Hieruit werd een vetrijk, koolhydraatrijk of gemengd dieet samengesteld. Als regel werd er elke zes dagen van dieettype gewisseld, de ene zes dagen vetarm en de volgende zes dagen koolhydraatarm. Er kwam geen statistisch significant verschil ten gunste van een der diëten naar voren. Het gewicht werd uitermate frequent bepaald, waarbij bleek, dat er in de eerste dagen van de koolhydraatrijke perioden nogal vaak een kleine stijging van het gewicht optrad, waarna overigens de dalende lijn zich weer krachtig voortzette. De schrijvers wijten deze stijgingen voornamelijk aan wisselingen in de vochtbalans. De opgenomen grafieken zijn indrukwekkend.

A. J. M. Danič's