

wijkingen een algemene en geen lokale oorzaak hebben. Onze raadgevingen tot het uitschakelen van deze algemene, psychische of in de levenshouding schuilende, schadelijke invloed en eventueel onze pogingen de patiënte te brengen tot het aan-

vaarden van en zich voegen naar de haar prikkelende verhoudingen, zullen — mits de toestand niet al te lang heeft bestaan — in de regel een vaak wonderlijk prompt verdwijnen van de klachten ten gevolge hebben.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

62-9r. Participation in a multiple screening clinic with five-year followup. *Wylie, C.M. (1961) Public Health Reports 76,596.*

Uitgangspunt van deze studie is een onderzoek in Baltimore naar het vóórkomen van ziekte. Eén op de tachtig gezinnen, tezamen 11.574 individuen, werd daartoe onderzocht. Van 98 procent van deze groep konden rapporten worden opgemaakt waarvan 6.967 personen van 17 jaar en ouder gezond leken te zijn. Deze mensen werden uitgenodigd deel te nemen aan een onderzoek, waarbij gebruik zou worden gemaakt van verschillende ziftmethoden (screening tests). Dit onderzoek geschiedde in 1954 bij 2.023 deelnemers of wel 29 procent van de genodigden.

Een beschrijving van dit onderzoek kan men vinden in het artikel, Multiple screening in the Baltimore study of chronic illness. Roberts, D. W. en C. M. Wylie (1956) *J. Amer. med. Ass.* 161, 1442. Enige gegevens hieruit zijn onmisbaar voor een goed begrip van het artikel van Wylie. Door het gebruik van ziftmethoden hoopt men te bereiken, dat het medisch onderzoek wordt geconcentreerd op die individuen uit een groep, welke een grotere kans hebben afwijkingen te vertonen.

In Baltimore werden daartoe de volgende ziftmethoden gebruikt: lengte en gewicht als maat voor vetzucht; vragenlijst voor hartaandoeningen; electrocardiogram in zes afleidingen; bloeddruk; gezichtsscherpte; gehoorscherpthe; kleinbeeld-thoraxfoto; eiwitreactie in urine; glucosereactie in urine en bloedsuikerbepaling 50 minuten na het gebruik van 50 gram glucose; hemoglobinebepaling en een serologische reactie voor syfilis.

De resultaten van deze tests werden naar de huisartsen gezonden en enige dagen daarna kregen ook de onderzochten bericht. Wanneer de mogelijkheid van het bestaan van een ernstige afwijking werd overwogen, kreeg de onderzochte de raad zich voor verder onderzoek en eventuele behandeling tot de huisarts te wenden. Contact werd daarna weer opgenomen met de onderzochten en hun artsen, om de resultaten van het nadere onderzoek vast te kunnen leggen.

Uit deze resultaten werd de doeltreffendheid en de opbrengst van de gebruikte opsporingsmethoden bepaald. De conclusie was, dat „multiple screening” wellicht waardevol was, doch dat nader onderzoek van de doelmatigheid van de gebruikte ziftmethoden en van de factoren, die de opbrengst van het onderzoek ongunstig beïnvloeden nodig is. Dit betreft: de vals-negatieve resultaten van de tests; het niet voldoen aan het verzoek tot nader onderzoek (in dit geval 42 procent van degenen, die verwezen waren); inadequaat onderzoek van de huisartsen; bij de test gestelde diagnoses, die door het nader onderzoek zijn bevestigd, doch waarvoor behandeling wordt geweigerd of onmogelijk is.

Doel van het onderzoek door Wylie in 1960 gedaan was de verschillen na te gaan tussen deelnemers en niet-deelnemers aan het beschreven onderzoek; de beantwoording te beschrijven van een vragenlijst; adresveranderingen te vergelijken, en sterftecijfers en doodsoorzaken gedurende vijf jaren van de groep deelnemers en niet-deelnemers te beoordelen.

Getracht werd alle deelnemers en, willekeurig, één op de vijf afzijdigen te bereiken. Daarna werd de vragenlijst ver-

zonden en probeerde men zoveel mogelijk ingevulde lijsten weer terug te krijgen. Tenslotte werden met behulp van de doodsoorzaakverklaringen van de stad Baltimore en van de staat Maryland de in de vragenlijsten opgegeven sterftegevallen gecontroleerd en werd gezocht naar het mogelijk daarin voorkomen van de namen van degenen met wie tevergeefs contact was gezocht.

Gevonden is, dat de meeste deelnemers aan het beschreven onderzoek tot de leeftijdsgroepen 25-54 jaar behoorden; er waren meer blanken dan negers onder de deelnemers; bij de blanken geen sexeverschil; bij de negers meer vrouwelijke deelname. Uit de feiten, dat meer deelnemers, dan afzijdigen een telefoon bezaten, de deelnemende groep minder vaak was verhuisd en de doodsoorzaken hypertensie, maligne gezwellen en ziekten van de spijsverteringsorganen het meest bij de deelnemende groep werd gevonden, terwijl de afzijdigen vaker stierven aan hartziekten zonder verhoogde bloeddruk, aan aandoeningen van de hersenvaten en door ongevallen is onder meer afgeleid, dat de deelnemers tot een hogere welstands-groep moeten worden gerekend.

Vergelijking met andere onderzoeken heeft nog geen vaststaande resultaten opgeleverd, hoewel er indicaties zijn, dat bepaalde onderzoekprogramma's voor bepaalde bevolkingsgroepen meer aantrekkingskracht bezitten.

Gevonden is verder, dat de deelnemers behoorden tot een bevolkingsgroep, die gemakkelijker te bereiken was en meer bereid was tot samenwerken.

Uit de sterftecijfers en doodsoorzaken is af te leiden, dat er geen verschil is tussen deelnemers en afzijdigen voor wat betreft het aantal sterfgevallen per leeftijdsgroep of voor het aantal sterfgevallen per jaar in de jaren na het onderzoek. Dat wil dus zeggen, dat niet bewezen is, dat deelnemers wel gevaren zijn bij een spoedige verwijzing voor geneeskundige behandeling.

Wel is gebleken, dat er verschillen waren in doodsoorzaken-verhoudingen, als uiting van de verschillen in leeftijd, ras en socioeconomische samenstelling van de groepen.

Tenslotte is er een aanwijzing gevonden, dat deelnemers aan het beschreven onderzoek vaker medische hulp plegen in te roepen dan niet-deelnemers.

N. Bessem.

62-07. Influence of reduction of serum lipids on prognosis of coronary heartdisease. *Oliver, M. F. en G. S. Boyd. (1961) Lancet II, 499.*

Uit ruim 180 personen, die hun eerste myocardinfaret hadden doorgemaakt, werden honderd mannen geselecteerd, die geen van allen hypertensie (diastolische druk boven de 100 mm Hg), decompensatio cordis na het infarct, overgewicht (15 procent boven de standaard), hypercholesterolemie (meer dan 400 mg %), myxoedeem of diabetes hadden.

50 mannen kregen een oestrogeen hormoon (aethinyl-oestradiol) en het gelukte hiermee gedurende de gehele periode van de proef, vijf jaren, het cholesterolgehalte van het bloed significant lager te houden dan bij de controlegroep, die lactose kreeg. Dit bleek ook het geval voor de cholesterol-phospholipidenverhouding. Deze cijfers, die voor het begin van de proef

bij beide groepen gelijk waren, werden zeer kort na het staken van de oestrogentoediening weer gelijk.

Het blijkt, dat de mortaliteit en de morbiditeit in beide groepen niet significant verschilden; in beide groepen kregen achttien personen opnieuw een infarct. Hypertensie, decompensatio cordis en agineuse bezwaren kwamen in beide groepen in ongeveer gelijke mate voor.

De conclusie is, dat ná het eerste infarct een verlaging van de serumlipiden (althans door middel van oestrogenen ref.) de prognose niet beïnvloedt. De bijwerkingen van de oestrogenen zijn evident; onder meer gynecomastie bij 48, vermindering van de libido bij 37 en verlies daarvan bij 23.

A. J. M. Daniëls

62-09. Zur Problematik der auscultatorischen Blutdruckmessung in der ärztlichen Praxis. Radig, K. (1961) Münch. med. Wschr. 45, 2205.

Het meten van de bloeddruk wordt vaak slordig uitgevoerd, waardoor grote kans bestaat foutieve of misleidende uitkomsten te verkrijgen. De schrijver bespreekt in dit artikel enkele veel voorkomende fouten.

Wanneer men, nadat de manchets is aangelegd de kwikkolom laat stijgen, om deze daarna langzaam, dat wil zeggen twee tot drie mm kwik per seconde, te laten zakken, zal het opvallen, dat aanvankelijk een veel hogere systolische waarde valt te noteren, dan nadat men dit enkele malen heeft herhaald. Men moet deze meting zo vaak herhalen, tot men herhaaldelijk dezelfde systolische waarde krijgt. In sommige gevallen betekent dit, dat men wel negen keer moet meten.

Het is niet zo, dat het verschil tussen de eerste meting en de uiteindelijke waarde, steeds even groot is. Uit vele metingen is gebleken, dat dit verschil varieert van 2 tot 54 mm kwik. Als verklaring voor deze aanvankelijk te hoge waarde, meent de schrijver de bijgeruisen van de samengedrukte weke delen van de arm te moeten aanmerken.

Vrijwel onontbeerlijk bij een auscultatorische bloeddrukmeting is de palpatorische controle van de pols.

Een andere foutenbron kan in het gehoor (tubaircatar bijvoorbeeld) van de ausculterende arts gelegen zijn. De polscontrole zal hem op zijn fout attent maken.

De „trou auscultatoire” of de „auscultatorische Lücke” is het verschijnsel waarbij men na het doorkomen van de tonen (systolische waarde), in eens of langzaam, de tonen hoort verdwijnen, terwijl ze dan bij verder zakken van het kwik weer hoorbaar worden, om bij de diastolische waarde voor goed te verdwijnen. Dit verschijnsel vindt men het vaakst bij hypertensie, (de schrijver zag het bij elf procent van zijn hypertensiepatiënten) maar ook bij aortaklepgebreken en soms bij gezonde mensen. In de regel vindt men dit verschijnsel pas op oudere leeftijd (na het zestigste) en bij een systolische bloeddruk van boven de 170 mm kwik. Bij vrouwen vindt men het verschijnsel viermaal zo vaak als bij mannen. Een bevredigende verklaring is er niet voor dit fenomeen, maar men neemt aan, dat een spasme van de arteriën een rol speelt. Uit 358 metingen, waarbij deze „auscultatorische Lücke” bestond, bleek, dat de „Lücke” zeer kan variëren, maar gemiddeld 10 tot 35 mm bedraagt. Het hoorbare gedeelte boven de „Lücke” bedroeg gemiddeld 50 mm kwik.

Nog meer misleidend kan de zogenaamde stomme fase zijn. De „auscultatorische Lücke” zit dan zo hoog, dat er geen hoorbare tonen boven zitten (bovenste stomme fase) of in zeer zeldzame gevallen zo laag, dat er geen tonen meer onder te horen zijn. Beide verschijnselen komen niet constant bij eenzelfde patiënt voor, maar zijn zo af en toe waar te nemen. De bovenste stomme fase kan men te weten komen, door tijdens de auscultatorische bloeddrukmeting, de pols te palperen. Is de waarde aan de pols gemeten hoger dan de auscultatorische, dan heeft men vrijwel zeker met een bovenste stomme fase te maken.

De onderste stomme fase kan men alleen te weten komen, door over lange perioden een patiënt te vervolgen. Blijkt plotseling een aanvankelijk constante diastolische waarde opvallend te zijn gestegen, terwijl deze een tijd later weer tot de oude waarde terugdaalt, dan had men hier te doen met een onderste stomme fase.

Een volgende moeilijkheid is, dat bij sommige mensen de bloeddruk niet altijd auscultatorisch is te horen, terwijl er palpatorisch een meetbare bloeddruk is. In de regel hoort men bij de eerste meting nog wel iets, maar bij volgende metingen zakt de systolische en stijgt de diastolische bloeddruk, zodat na een paar keer meten niets meer is te horen. Soms stijgt de systolische en ook de diastolische bloeddruk, terwijl een auscultatorische Lücke ontstaat, die zo groot wordt, dat er niets meer te horen is. Deze verschijnselen zouden ook weer door een vaatspasme kunnen worden verklaard.

Voor een juiste bloeddrukmeting moet de onderrand van de manchets twee cm boven de elleboogsplooi liggen en moet de stethoscoop direct onder deze rand worden geplaatst. Dat de systolische bloeddruk zo hoog mag zijn, als de leeftijd plus 100 mm kwik, is volgens de schrijver niet altijd juist. Een te hoge bloeddruk behoeft niet altijd een pathologisch verschijnsel te zijn, maar kan ook een natuurlijke aanpassing zijn aan een bepaalde behoefte. Als men in zo'n geval de bloeddruk laat dalen, gaan de patiënten zich ziek gevoelen (hypotonie bij hoge bloeddruk).

Sammenvattend is het dus zaak, voor een bloeddrukmeting de nodige tijd te nemen, de juiste techniek te gebruiken en naast de auscultatie ook de pols te palperen.

M. Reyerse

62-10. Utilisation du sulfate de dihydrostreptomycine par voie orale au cours des gastro-enterites infectieuses. Breton, A., B. Gaudier en A. Dezeustre (1961) Presse méd. 69, 1675.

De prompte behandeling van gastroënteritiden bij zuigelingen en kleine kinderen is van belang voor de patiëntjes zelf en ter voorkoming van verbreiding van de infectie.

Streptomycine, per os gegeven, is werkzaam tegen verscheidene pathogene enterobacteriën; het wordt niet uit het darmkanaal geresorbeerd, er vindt in de darm geen afbraak van streptomycine plaats en het behoudt dus zijn werking op daarvoor gevoelige ziektekiemen zolang het in het darmkanaal aanwezig is terwijl bij orale toediening streptomycine niet giftig is.

De schrijvers berichten over de toediening gedurende acht dagen van dihydrostreptomycine, 50 mg per kilo lichaamsgewicht per dag, in twee doses in melk of een andere drank toegediend bij 50 zuigelingen met diarree en koorts. Een andere behandeling werd niet ingesteld.

Vlak voor het begin van de behandeling en vier dagen na het beëindigen ervan werd een faeceskweek ingezet. In 23 gevallen kon de verwekker worden gekweekt. In 18 van deze gevallen verdween de verwekker uit de ontlasting; ongevoelig bleken driemaal Escherichia coli, eenmaal salmonella en eenmaal Shigella flexneri.

Opvallend was de goede werking bij besmettingen met Shigella sonnei en bij infecties met bepaalde serotypen Escherichia coli. Klinisch volgde in alle gevallen een snelle genezing, waarbij het dieet en de rehydratiemaatregelen een grote rol speelden.

Streptomycine werd in elk geval goed verdragen; het braken verdween snel en de ontlasting werd spoedig normaal. Zeer belangrijk is, dat streptomycine de samenstelling van de normale darmflora nauwelijks verandert. Het is gemakkelijk toe te dienen, effectief, onschuldig en goedkoop.

N. Bessem

62-13. Aspekte bei der Behandlung der sogenannten kryptogenetischen Facialisparesen. Guggenheim, P. en F. Regli (1962) Schw. med. Wschr. 92, 219.

Onder de verlammingen der hersenzenuwen is die der n. facialis de meest voorkomende. De oorzaken kunnen velerlei zijn, namelijk traumatisch, infectieus, tumoren, congenitaal of geboortetrauma, morbus Boeck en Molkersson-Rosenthal syndroom. Bij vele gevallen zullen we echter geen oorzaak kunnen vinden en de schrijver spreekt dan liever van kryptogenetische facialisparesen als van reumatische of facialisparesen e frigore.

Pathologisch anatomisch vinden we in deze gevallen van facialisparesis een zwelling en compressie van de nervus facialis in de canalis Fallopii. Vervolgens worden de verschillende theorieën over de genese van dit oedeem besproken: volgens sommigen een primaire afwijking in de bloedvaten, volgens anderen een primair infectieuze afwijking. Voor de therapie is deze pathologisch anatomische bevinding van bijzonder belang.

De conservatieve therapie bestond uit: vasodilatoren (nicotinezuur, histamine, priscool, stellatumblokkade, enzovoort), als bezwaar tegen deze therapie noemt de schrijver dat men niet weet of het oedeem af- of toeneemt; vitamine B-complex, hiervan is niet te verwachten dat het oedeem afneemt; salicylaten en pyrazolonderivaten, deze hebben behalve een analgetische en antipyretische ook een exsudatieremmende werking; er worden van deze therapie dan ook goede resultaten beschreven door anderen; massage en actieve bewegings- en elektrische prikkeltherapie, deze zullen het oedeem niet verbeteren, maar de musculatuur en de zenuwen in een betere conditie houden en daardoor de resttoestand na genezing minder erg maken.

Als de tegenwoordig beste therapie noemt de schrijver de corticosteroidtoediening en eventueel de decompressie der nervus facialis langs operatieve weg. Schrijver heeft 90 gevallen nader bekeken waarbij hij de helft corticosteroidpreparaten gaf en de andere helft niet. Het bleek dat van de groep behandeld met corticosteroiden 91 procent genas en van de andere groep slechts 60 procent. Verder was het van belang om zo vroeg mogelijk met de toediening der steroiden te beginnen en als beste preparaat prednison te geven en wel in zeer hoge dosering (achtereenvolgens drie dagen 60 mg, drie dagen 50 mg, drie dagen 40 mg, vijf dagen 30 mg en vijf dagen 20 mg). Voor patiënten op oudere leeftijd en bij het gelijktijdig bestaan van hypertensie en/of decompensatie bleek vooral een hoge dosering geïndiceerd te zijn om de beste resultaten te verkrijgen. Indien met deze prednisontherapie na twee weken geen klinische verbetering optreedt is een elektromyografisch onderzoek geïndiceerd. Vertoont het resultaat van dit onderzoek na een week geen verbetering, dan moet men overgaan tot decompressie van de nervus facialis in de canalis Fallopii langs operatieve weg, omdat anders de zenuw te gronde gaat en aangezien regeneratie niet mogelijk is, zal dan blijvende atrofie der musculatuur optreden.

Bij patiënten, die voor een recidief werden behandeld bleken de resultaten van de prednisonbehandeling slechter, waarschijnlijk is hier een congenitaal nauw canalis Fallopii aanwezig.

J. W. M. Jongen

62-19. Atherosclerosis of arteries of lower limbs. Taylor, G. W. en A. R. Cale (1962) *Brit. med. J.* 1, 507.

Een onderzoek werd ingesteld naar het klinische beloop van obliteratie van de beenslagaderen door arteriosclerose en de resultaten van de conservatieve medicamenteuze en expectatieve behandeling werden vergeleken met die van sympathectomie. In dit onderzoek werden de patiënten, die werden behandeld met moderne vaatchirurgie buiten beschouwing gelaten. In totaal werd het klinische beloop bij 434 patiënten bestudeerd. De observatieduur varieerde van twee tot twaalf jaar.

Tijdens de observatieperiode stierven 88 patiënten; 42 patiënten heeft men uit het oog verloren. Het sterftepercentage van de patiënten, die men wel kon nagaan, was dus 22,5. De gemiddelde overlevingsduur bedroeg acht jaar wanneer zij jonger waren dan 50 jaar en vier jaar wanneer zij reeds boven de 50 jaar oud waren ten tijde van de registratie.

Het hartinfarct was in 40 procent, cerebrale vaatstoornissen in 11 procent der gevallen de doodsoorzaak.

Van alle patiënten met beenslagadersclerose had 28 procent een bloeddruk boven 180 mm Hg. Zoals wel enigszins te verwachten is was het aantal gevallen, dat tenslotte tot beenamputatie leidde onder deze hypertensie-patiënten juist kleiner dan het percentage, dat voor de gehele groep gold - door de hypertensie wordt de bloeddoodstroming in de vernauwde slagader immers beter op gang gehouden, ref.

Men kan drie stadia onderscheiden bij de beenslagadersclerose. In 63 procent der gevallen waren de klachten beperkt tot claudicatio intermittens. Deze claudicatio-gevallen waren reversibel en konden goeddeels verdwijnen, wanneer zich in de loop der jaren een goede collaterale circulatie ontwikkelde. In het tweede stadium bevonden zich die patiënten, die ook reeds klachten hadden over pijn in het been als het in rust was. Tot deze groep rekende men ook hen die reeds lichte necrose-verschijnselen aan het onderbeen hadden. In het derde stadium traden grote gangreneuze afwijkingen aan het onderbeen op.

Meestal begonnen de ziekteverschijnselen met claudicatio intermittens, koude-gevoel aan het been en hyposensibiliteit, maar bij sommigen was pijn bij rust van het been reeds het eerste symptoom. Vooral bij deze laatsten moest in een hoog percentage en reeds na korte tijd amputatie worden gedaan, namelijk in een zevenmaal zo hoog percentage, als bij degenen bij wie claudicatio het eerste verschijnsel was.

De plaats van de arteriële afsluiting was, wanneer men alle gevallen als een gehele groep beschouwde, in 54 procent in het femoropopliteale segment. In 30 procent der gevallen zat de afsluiting bij de aortailiacale bifurcatie. In 16 procent der gevallen bevond deze zich in het perifere segment, dus laag aan het onderbeen.

De prognose wat betreft het behoud van het been blijkt het beste te zijn bij hoge afsluiting en verreweg het slechtste bij perifere afsluiting, waarbij dan ook in een zeer groot percentage ernstig gangreen optrad.

Wat betreft het effect van lumbale sympathectomie op de symptomen bleek bij de patiënten in het eerste stadium dat 41 procent van de geopereerde patiënten (233) verbetering vertoonde tegenover 39 procent van een ongeveer even grote en vergelijkbare groep van niet-geopereerden, die dus spontane verbetering vertoonde. De conclusie is, dat lumbale sympathectomie in dit stadium van de ziekte geen voordeel biedt.

Anders staat het wanneer men de patiënten in het tweede stadium beschouwt. Hier had de operatie veel meer succes dan de conservatieve therapie, namelijk 60 procent verbeteringen tegenover 28 procent bij de niet-geopereerden (geopereerd 113, niet-geopereerd 84).

Bij patiënten in het derde stadium bleek de operatie daarentegen geen enkel nut meer te hebben en was amputatie na korte tijd bijna altijd nodig.

Men heeft wel eens verondersteld, dat lumbale sympathectomie onverschillig in welk stadium van de ziekte zij werd verricht, grote gangreneuze afwijkingen zou kunnen voorkomen. Dat is niet zo, want van alle geopereerde patiënten moest tenslotte bij 12 procent amputatie worden verricht; bij de niet-geopereerden was amputatie in 10 procent der gevallen nodig. Wanneer men echter de patiënten in het eerste stadium uitsluit van de beschouwing, dan was er wel duidelijk verschil, namelijk 18 procent uiteindelijke amputatie bij de met sympathectomie behandelde patiënten tegenover 34 procent bij de niet-geopereerden.

Het blijkt dus, dat lumbale sympathectomie van waarde is, mits uitgevoerd in een bepaald stadium van de ziekte. Dat stadium is aangebroken wanneer voedingsstoornissen duidelijk beginnen te worden, zoals blijkt uit koud worden van het been, paresthesieën, lichte pijn in rusttoestand en eventueel ook nog lichte gelokaliseerde gangreenplekken. In dit stadium verricht, verlaagt sympathectomie het percentage amputaties en verlengt zij de overlevingstijd van die ledematen, die tenslotte toch moeten worden geamputeerd (gemiddeld 68 maanden tegenover 41 maanden bij de niet-geopereerden).

Volgens de schrijvers is een goede prognose, wat betreft het behoud van een door deze ziekte aangetast been, van de volgende vier factoren afhankelijk: als enig symptoom moet claudicatio intermittens aanwezig zijn; begin van de symptomen voor het 65e levensjaar; lokalisatie van de afsluiting of stenose in het aortailiacale gebied; tevens aanwezige hypertensie.

Naar de ervaring van de schrijvers heeft behandeling van de claudicatio met vasodilatoren geen enkele waarde. Ook andere conservatieve therapie is zinloos. Alleen directe vaatchirurgie, waardoor de normale bloedstroom nagenoeg geheel wordt hersteld, heeft zin.

L. J. Bastiaans