

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-054. Die diagnostische Bedeutung der Auskultation des Bauches. Kelemen Jr., E. (1961) *Münch. med. Wschr.* 103, 1002.

De schrijver, een chirurg, pleit voor het stelselmatig ausculteren van de buik bij buikaandoeningen. Het belangrijkste punt van de buikauscultatie ligt twee cm onder en rechts van de navel. Men zal hier minstens twee tot drie minuten moeten luisteren. Daarna kan men de verdere buik ausculteren. Hoewel bij een dikke panniculus adipositas het geluid moeilijk te horen is, zal men toch na oefening en door langer te luisteren (drie tot vijf minuten), ook in deze gevallen een goed oordeel kunnen vellen. Zelfs door verbandlagen heen, na operaties, kan men vaak nog voldoende horen.

De normale darmgeruisen zijn kort, droog en vrijwel om de drie tot vijf seconden te horen. Van deze normale darmgeruisen is er een geleidelijke overgang naar de pathologische geruisen, dat wil zeggen naar de atonie en de tegenpool hiervan, de ileusgeruisen. Zo vindt men na gebruik van opiaten en na ethernarcose, maar ook bij braken en alcoholgebruik, een vermindering van de normale peristaltiek en vooral verlangzaming van het ritme, terwijl men bij patiënten met veel maagsapafscheiding en bij aerophagie juist luidere, langerdurende en vooral vochtige geruisen hoort. Ook na het gebruik van laxantia, maar vooral bij enteritiden, dysenterie en in het begin van pneumokokkenperitonitis en verder bij massale maag-darmbloedingen, krijgt men frequente, luidere en meer vochtige geruisen.

Voor de chirurg is de auscultatie van de buik na buikoperaties zeer belangrijk. De moeilijkheid is vaak om met zekerheid een darmatonie vast te stellen. Vooral mag men zich niet laten misleiden door de zogenaamde passieve darmgeruisen, waartoe de schrijver rekent het geruis van de aorta en het peritoneale wrijven, dat men soms hoort bij een miltinfarct of een mesenteriaaltrombose. Men kan eventueel de darm provoceren en het eenvoudigst bereikt men dit door stevig op de buik te kloppen of door er ether op te laten druppelen; desnoods kan men pituitrine intraveneus inspuiten. Is men er zeker van, dat men niets hoort, dan wijst dit vrijwel altijd op een peritonitis.

Ook na het reponeren van een hernia is de auscultatie belangrijk. Hoort men na het reponeren geleidelijk aan de normale darmgeruisen terugkomen, dan weet men, dat het reponeren geslaagd is. Verdwijnen de geruisen geheel, dan wordt een complicatie zeer waarschijnlijk.

Als tegenhanger van de passieve pathologische darmgeruisen worden de actieve pathologische geruisen genoemd, die bijna pathognomonisch zijn voor mechanische ileus, hoewel zij niet bij elke ileus behoeven op te treden. Het ileusgeruis is vrij typisch en laat zelfs min of meer toe, de plaats van de ileus te lokaliseren. In het darmstuk, oraal van de stenose, hoort men af en toe een aanzwellend geruis, alsof water uit een grote spuit met flinke kracht in een bak wordt gespoten. Hierop volgt dan snel een decrescendogeruis. Hoe langer een ileus bestaat, hoe groter de tussenpozen worden, waarmee deze geruisen optreden, tot tenslotte alles verstomt als een paralyse is ingetreden.

Auscultatie van de buik kan tevens behulpzaam zijn bij het differentiëren tussen een stenose in de dikke dan wel dunne darm en bij het vaststellen van lucht in de vrije buikholte en bij een subfrenische gasophoping rechts. M. Reyerse

61-058. Basilar artery migraine. Bickerstaff, E. R. (1961) *Lancet* I, 15.

Algemeen wordt aangenomen, dat de hoofdpijn bij migraine veroorzaakt wordt door dilatatie van extracraniale en durale bloedvaten. Meestal gaan aurae vooraf aan de hoofdpijnaan-

vallen. Deze aurae zouden ontstaan door ischemie van omgeschreven hersengedeelten, welke ischemie berust op vernauwing van de bijbehorende hersenvaten. De prodromi kunnen in de meeste gevallen worden teruggebracht op vernauwing in het stroomgebied van de a. carotis interna. Bij sommige lijdens aan migraine vindt men echter een aura, die wijst op een constrictie van de a. vertebralis of haar takken, vooral van de a. cerebri posterior.

De schrijver bericht over 34 van dergelijke patiënten, waarvan 32 jonger dan 23 jaar en 26 meisjes waren. De familieanamnese pleitte bij 28 voor migraine. De aanvallen begonnen meestal met een totaal verlies van het gezichtsvermogen of met het optreden van intense lichtflitsen, welke het zien beletten; hierna volgen duizeligheid, ataxie en eventueel spraakbelemmeringen, oorsuizen en bewustzijnsdaling. Steeds zijn er ook tintelingen of doofheid in beide handen en/of voeten en soms aan één of beide kanten rondom de mond en aan de tong. Na twee tot vijfenveertig minuten verdwijnen de aurae en ontstaat de hoofdpijn, vooral gelokaliseerd in het achterhoofd en vaak ook braken. Tenslotte volgt de bevrijdende slaap.

Bij de meisjes is er dikwijls een samenhang met de menstruatie. De aanvallen kunnen worden afgewisseld met meer klassieke migraine-aanvallen. Het herstel is altijd volledig en snel. De acute verschijnselen van een hersentamaandoening doen deze migraine-aanvallen bij jonge mensen met een zeer alarmerend beeld beginnen.

(Aanleiding tot dit referaat waren twee eigen recente praktijkervaringen. De eerste betrof een meisje van vijftien jaar, dat plotseling blind was geworden. Het kind was na thuiskomst uit school op de divan gaan liggen, omdat zij zich niet lekker gevoelde. Ineens kon zij niets meer zien, zwaaide, als dronken, door de kamer en klaagde over tintelingen in handen en voeten, links meer dan rechts. Wat later sprak de patiënte onduidelijk; zij ging klagen over hoofdpijn, braakte en toen ik na een kwartier arriveerde sloop patiënte. Twee uur later ontwaakte het meisje zonder klachten of verschijnselen. Na twee maanden is een tweede aanval gevolgd met ongeveer hetzelfde beeld. Beide aanvallen traden vlak voor de menstruatie op.

Een tweede meisje van drieëntwintig jaar kon tijdens het aankleden plotseling vrijwel niets meer zien. Bovendien kreeg zij een gevoel van verlamming in de linker gelaatshelft en tintelingen in beide handen. Toen ik haar een uur later zag had patiënte alleen zware hoofdpijn. De volgende dag had zij geen klachten meer. In de families van beide meisjes komt veelvuldig hoofdpijn voor, ref.). N. Besslem

61-061. Chickenpox pneumonia. Crampton, A. R., M. H. Seifert en H. C. Burkhead (1961) *G. P. (Kansas)* 24, 89.

Tot 1953 werden slechts vijftien gevallen van varicellenpneumonie beschreven, maar daarna werden verscheidene gevallen gepubliceerd. Aan de hand van de literatuur en twee eigen gevallen geven de auteurs een overzicht van deze aandoening.

Het blijkt dat bij kinderen de longafwijkingen in de regel worden veroorzaakt door secundaire bacteriële infecties, terwijl bij jonge volwassenen het waterpokkenvirus meestal de oorzaak is. Beide vormen zijn ook klinisch te onderscheiden. In het eerste geval treden de longverschijnselen acuut op in de vorm van een heftige tracheobronchitis, een lobaire pneumonie of een bronchopneumonie samen met een weer oplopen van de temperatuur na het uitbreken van de waterpokken. Er is meestal een leukocytose boven 15.000. Een adequate antibiotische therapie brengt snel genezing.

In het tweede geval beginnen de longverschijnselen tegelijk

met of enkele dagen later dan de huidrupties, en loopt de koorts geleidelijk op. Het eerste verschijnsel is een droge hoest en een matige tot ernstige dyspneu. Cyanose en hemoptysis komen in ongeveer de helft van de gevallen voor. Sterk in tegenstelling met deze ernstige ademhalingsstoornissen staan de geringe afwijkingen bij het fysisch onderzoek; meestal worden maar enkele ronchi gehoord. Het röntgenbeeld toont fijne miltaire noduli, die soms confluëren en soms enige zwelling van de hilusklieren veroorzaken. Het aantal leukocyten is zelden sterk verhoogd en kwam in 60 procent der gevallen niet boven 10.000. Wat de therapie betreft, daar er geen middel tegen het virus bekend is, moet deze symptomatisch blijven en direct gericht tegen de complicaties zoals anoxie, shock of longoedeem.

J. G. Antvelink

61-073. Recorded lectures for GPs. Graves, John en Valerie (1961) Med. Wld. (Lond.) 94, 451.

De nascholing van huisartsen is ook in Engeland een probleem. In 1956 is een enquête gehouden onder huisartsen om onder andere de factoren, die het volgen van cursussen moeilijk maken, te weten te komen. De drie belangrijkste factoren waren: een tekort aan tijd, het tijdstip waarop de cursus plaats vindt en de onmogelijkheid een behoorlijke waarnemer te vinden.

Hierna heeft men getracht de huisartsen te bereiken met behulp van een groot aantal kleine plaatselijke bijeenkomsten. De moeilijkheid hierbij is een voortdurende aanvoer van goede sprekers te waarborgen en daarom heeft men de lezingen op band en plaat vastgelegd en rondgestuurd naar de kleinere centra.

De keuze van sprekers is een moeilijkheid; immers, de „vastgelegde” spreker moet weten te boeien door zijn stem alleen. Hoewel meestal specialisten als sprekers optreden zou het ook gewenst zijn huisartsen-sprekers te hebben, die speciale belangstelling of ervaring hebben of research doen in hun praktijk. Deze sprekers kunnen hun collega's aantonen wat in de algemene praktijk aan wetenschappelijk werk kan worden gedaan.

Het kiezen van onderwerpen is niet eenvoudig; er mag niet worden toegegeven aan de tendens: „Niet allemaal theorie, maar vertel ons hoe we de patiënt moeten behandelen.” Dit laatste leidt tot een zich verlaten op experimentele behandeling, te groot vertrouwen in geneesmiddelen, en te snel accepteren van iets nieuws. Men moet immers goed weten wat men geeft en hoe het werkt. De gegevens van de research moeten niet in moeilijke termen, uitgebreide statistieken, enzovoort worden gebracht, maar op een aantrekkelijke wijze.

De ervaringen met deze „band- en plaatmethode” zijn volgens de auteur goed.

G. Faber

61-074. Observational research in general practice. Eimerl, T. S. (1961) Med. Wld. (Lond.) 95, 280, 368 en 467.

Vele artsen willen hun patiënten en de medische wetenschap dienen, doch het laatste blijft er vaak bij om verschillende redenen. In deze serie artikelen wordt getracht te laten zien dat de moeilijkheden verbonden aan research vaak kleiner zijn dan men denkt. Het is vooral van belang, dat de huisarts op eenvoudige wijze en dikwijls — desnoods jarenlang — waarnemingen kan optekenen over vele mensen, die hij goed kent. Men verkrijgt aldus waardevolle gegevens in aantallen, die voldoende zijn om statistisch te kunnen worden bewerkt.

Bij verzameling van de gegevens dient men zich aan de volgende principes te houden. Ten eerste is er de erkenning dat er een probleem bestaat. Op een zeker ogenblik krijgt de aspirant-onderzoeker het gevoel dat er in een situatie, een geval, iets is dat hem opvalt en boeit. Deze indruk gaat verloren als de waarnemer er niet even over nadenkt en het probleem als probleem herkent.

Dan moet het onderwerp worden gedefinieerd en vermoedelijk zullen meestal vele meer of minder duidelijke omschrijvingen kunnen worden gevonden. Eventueel zal eerst na overleg met anderen en veel nadenken een duidelijke en scherp omlijnde omschrijving kunnen worden gegeven.

Daarna volgt een scherpe analyse van het probleem om alle samenstellende factoren op te sporen. Dit is wel het belangrijkste, omdat anders de opzet van het onderzoek nooit goed

kan zijn. Hoe zorgvuldiger dit deel van de voorbereiding geschiedt hoe meer kans er bestaat op goede uitkomsten.

Over de vragen, die onverbreekelijk met een onderzoek zijn verbonden, zegt de schrijver, dat deze duidelijk en zonder de mogelijkheid van meervoudige uitleg dienen te worden gesteld; vooral subjectief-symptomatische vragen moeten achterwege blijven. Bij dit onderdeel doet men goed de hulp van de statisticus in te roepen teneinde op de eenvoudigste wijze een maximum aan informatie te krijgen, die zich goed laat bewerken. Het beantwoorden van de vragen mag niet tijdrovend zijn, bij voorkeur met ja of neen; symbolen, strepen en dergelijke zijn te verkiezen boven schrift en het mag niet vermoeiend zijn of vervelend. De antwoorden moeten zonder „vertaling” bruikbaar zijn om te worden verwerkt.

Als alle gegevens binnen zijn moet de statisticus aan het werk, die meestal de voorkeur geeft aan reële cijfers boven percentages. De bewerking van het materiaal kan onder andere leren, dat niet alle samenstellende factoren voldoende zijn uitgewerkt, dat vragen onjuist zijn ontworpen, dat onverwachte variaties roet in het eten gooien, en dat sommige antwoorden verschillend zijn te duiden.

Het is het beste deze fouten te accepteren en opnieuw te beginnen, ook al is dit een nog zo bittere pil. Als alles tenslotte goed is gegaan moeten de tabellen van proza worden voorzien; een lastige taak waarbij elk woord moet worden gewogen, omdat niet meer mag worden gezegd dan verantwoord is.

Tenslotte dient een deugdelijke conclusie te worden getrokken met betrekking tot de oorspronkelijke probleemstelling, waarbij wel moet worden aangetekend, dat een onderzoek in de huisartsenpraktijk veelal geen algemeen geldende conclusies kan opleveren.

Of de huisarts een groot of een klein onderzoek zal gaan doen, de grondlijnen ervoor zijn altijd dezelfde.

G. Faber

62-2r. Casework in a general practice. Jones A. P. en A. Herbert. (1961) Med. Off. 105, 167.

De schrijvers geven een voorlopig verslag van een in december 1959 begonnen experiment, waarbij een sociaal werker ter beschikking werd gesteld van een groepspraktijk van drie huisartsen in Londen. Deze praktijk voldeed aan tevoren vastgestelde criteria en wel bestond zij uit tenminste 5.000 zielen, zij was stabiel van samenstelling, en er was een adequate accommodatie van de praktijkruimte.

Men werkte op de volgende wijze: de psychiatrisch sociaal werker hield op een vaste middag per week zitting in de praktijkruimte. Hier legden de huisartsen persoonlijk hun gevallen aan hem voor en introduceerden hem bij de patiënt. Zo mogelijk vond het eerste gesprek met de patiënt in tegenwoordigheid van de arts plaats. In aansluiting hieraan werd overlegd welke behandeling zou worden ingesteld, zowel op medisch als op sociaal gebied.

Gedurende de eerste negen maanden van het experiment werden 24 patiënten gezien, waarvan er vijf psychotisch bleken te zijn, en die in overleg met de bij het onderzoek betrokken psychiater door deze in poliklinische behandeling werden genomen. De overige negentien hadden regelmatig gesprekken met de psychiatrisch-sociaal werker. Bij deze patiënten was een duidelijke overeenkomst op te merken: allen hadden zich tot de huisarts gewend met onbetekenende lichamelijke klachten, voortkomend uit zorg of spanning. Deze spanning werd bij zeventien veroorzaakt door een relatiestoornis met hun naaste familieleden. De meerderheid van deze patiënten had zich het verband tussen hun lichamelijke symptomen en hun spanningen niet gerealiseerd en pogingen hun dit verband te doen inzien waren op weerstand gestuit.

Na bespreking van twee illustratieve gevallen geven de schrijvers als hun mening te kennen, dat een belangrijke voorwaarde voor een geslaagde behandeling is, een frequent en in goede harmonie plaats vindend contact tussen arts en sociaal werker.

Allen die bij het experiment waren betrokken, oordeelden er zeer gunstig over. De samenvoeging van de mogelijkheden van arts en psychiatrisch-sociaal werker bewerkstelligde voor een aantal patiënten een redelijke aanpassing aan hun problemen en doorbrak het patroon van veelvuldig en tijdrovend spreekuurbezoek.

N. Bremer-Steiner