

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

62-13r. L'hypertension chez les sujets âgés. *Martin, E. c.s. (1961) Gerontologia Clinica 3, 83.*

Van de mensen boven 65 jaar overlijdt ruim 60 procent aan cardiovasculaire aandoeningen. Tevens ziet men, dat met het ouder worden de bloeddruk stijgt. Zo vond men dat 60 procent der mannen en 70 procent der vrouwen op 70-jarige leeftijd een bloeddruk had van 150/100 mm Hg of hoger. Een correlatie tussen deze twee bevindingen lijkt dan ook waarschijnlijk.

De schrijvers vonden dat op hogere leeftijd de bloeddruk eerder neiging vertoont stabiel te blijven of zelfs iets te dalen. Zij onderscheiden bij bejaarden twee vormen van hypertensie, en wel de essentiële hypertensie, berustend op een verhoogde perifere doorstromingsweerstand, waarbij zowel de systolische als de diastolische druk zijn verhoogd en die men bij ongeveer 10 procent der onderzochte personen boven de 70 jaar vond, en de arteriosclerotische hypertensie, waarbij vooral de systolische druk verhoogd is en die men bij 25 procent der onderzochten vond.

De prognose is niet zo ongunstig als werd verwacht. Vele bejaarden bleken met een verhoogde bloeddruk lang en zonder klachten te kunnen leven. Een geciteerde auteur (Pickering) kon bevestigen, dat met het toenemen van de leeftijd het mortaliteitsverschil tussen mensen met een normale bloeddruk en mensen met een hoge bloeddruk kleiner wordt.

Hypertensie bij bejaarden is frequent, maar symptoomarm. De auteurs geven ernstige waarschuwingen voor de behandeling. Een snelle daling van de bloeddruk door hypotensiva, geeft een grote kans op het ontstaan van cerebrale vaataccidenten (trombose of ischemie) of van een coronairinfarkt. In lichtere gevallen wordt de patiënt slechts verward tengevolge van een anoxemie in cerebro. De reden dat men toch besluit tot het toedienen van bloeddrukverlagende middelen kan zijn hartinsufficiëntie (alhoewel het voorschrijven van diuretica gecombineerd met digitalis veelal voldoende is) of om het toedienen van anticoagulantia — wat gevaarlijk is bij hypertensie — mogelijk te maken. De schrijvers adviseren vrijwel alleen rauwolfia-alkaloiden te gebruiken, om te snelle bloeddrukdaling te voorkomen, terwijl zij bovendien vaak uitkomen met het toedienen van meprobaat of fenobarbital in kleine hoeveelheden. Voor de arteriosclerotische hypertensie is bij onze Franse collegae het kaliumjodide nog steeds in zwang.

Dr H. P. Akkerman.

63-14r. Neurological diagnosis in geriatric practice. *Cantor, A. M. (1961) Gerontologia Clinica 3, 159.*

De arteriosclerosis in zijn vele verschijningsvormen is verantwoordelijk voor een groot deel der opnamen in geriatrische inrichtingen. Vooral arteriosclerosis cerebri komt veel voor en wel in een der drie hoofdvormen: een lange periode met paralyse of zwaktetoestand, of zich herhalende korte perioden van cerebrale storingen met onvolkomen herstel, of een geleidelijke progressieve vermindering van de cerebrale functies. Epileptiforme insulten zijn bij de arteriosclerosis cerebri niet zeldzaam. In welke der drie vormen de ziekte zich ook manifesteert, het einde is uniform en wel de patiënt die bedlegerig, incontinent en geestelijk gestoord is.

Aan allen die op geriatrisch terrein werkzaam zijn is het bekend, dat bepaalde condities zoals anemie, hartinsufficiëntie of ademhalingsstoornissen een beeld kunnen geven, dat veel gelijkenis vertoont met een vergevorderde arteriosclerosis cerebri. Een juiste behandeling geeft evenwel in vele gevallen een „genezing” van de cerebrale storingen, doordat de cerebrale circulatie door de ziekte verminderd doch niet

onherstelbaar was gestoord. De auteurs waarschuwen dan ook tegen een te lichtvaardige etikettering „arteriosclerosis cerebri”. Ter illustratie worden enkele patiënten besproken die ten onrechte als zodanig waren geboekt doch bleken te lijden aan respectievelijk tetanie, myasthenia gravis, neurodermatomyositis, subduraal hematoom en perifere neuritis gecompliceerd door een septichemie. Door de ingestelde behandelingen werden dramatisch verbeteringen van de „arteriosclerosis cerebri” waargenomen.

Dr H. P. Akkerman.

62-45. Quel rôle pathogène peut-on attribuer au trichomonas? *Netter, A. en H. Péquignot (1961) Presse méd. 69, 2509.*

Vaginitis wordt op geslachtsrijpe leeftijd praktisch alléén veroorzaakt door trichomonas of door schimmels. Men vindt trichomonas in de vagina, de urethra, de klieren van Skene en op de portio uteri; waarschijnlijk dringt trichomonas ook door in het collum uteri. Infectie van uterus en adnexae komt daarentegen niet voor; misschien wel een blaasonsteking. Bij de vrouw veroorzaakt trichomonas vrijwel steeds een vaginitis en komt zelden voor als saprofyt. Bij de man vindt men trichomonas daarentegen veelvuldig in de urethra zonder ontstekingsverschijnselen. Een ontsteking, door trichomonas veroorzaakt, uit zich bij de man in een écoulement, pijn en branderigheid of een erytheem van de glans penis. Het is onwaarschijnlijk, dat de prostaat of de vesiculae seminales ooit door trichomonas worden geïnfecteerd.

De overbrenging van de trichomonas geschiedt steeds genitaal. De schrijvers vonden bij 90 procent van de mannen der met trichomonas besmette vrouwen de trichomonas in de urethra. Zelfbesmetting vanuit de darm is zeer onwaarschijnlijk. Vele parasitologen beschouwen de in de darm, de mond en de vagina voorkomende trichomonas als afzonderlijke soorten.

Behalve de verschijnselen van vaginitis, kan een trichomonasinfectie dysurie en bloedverlies per vaginam veroorzaken. Soms kan een portiodysplasie ontstaan, die veel gelijkt op een maligne verandering.

De laatste twee jaren is de behandeling zeer verbeterd. Men beschikt over twee per os werkzame trichomonociden: hydroxy-2-aethyl 1-methyl-2-nitroimidazol dit is metronidazolium (Flagyl) en acetylamino-2-5-nitrothiazol dit is aminotrozolium (Pleocide of Trichocid). Man en vrouw moeten tezamen worden behandeld. Tien dagen drie tabletten van één der trichomonociden per os, terwijl de vrouw gedurende twintig dagen lokaal een van de vele vaginaaltabletten moet gebruiken. Alle trichomonasinfecties genezen met deze behandeling.

N. Bessm.

62-46. L'hyperthyroïdie du sujet de plus de 60 ans. *Gennes, L. de, M. L. Batrinos, L. Moreau en H. Deschamps. (1961) Presse méd. 69, 2425.*

Hyperthyroïdie komt bij mensen boven de zestig vaker voor, dan men vroeger dacht. De symptomatologie is meestal veel minder markant, dan bij jongere patiënten. De schrijvers berichten over 86 gevallen van hyperthyroïdie bij mensen boven de zestig jaar, waargenomen in vier jaar tijd. In dezelfde periode zagen zij 327 gevallen van hyperthyroïdie bij jongeren, voornamelijk in de leeftijdsgroep tussen veertig en zestig jaar. In twintig procent van de gevallen vonden zij dus de hyperthyroïdie bij zestigjarigen en ouderen. Vermagering werd steeds gevonden en ook tachycardie kwam veelvuldig voor. Exophthalmos was meestal zeer matig en beperkt tot een teruggetrokken zijn van de bovenoogleden. Een struma was duidelijk aanwezig in ongeveer de helft van de gevallen,

evenals tremoren, prikkelbaarheid, thermofobie en asthenie. Veel minder vaak werd geklaagd over veel zweten en dorst. Zevenentwintig patiënten hadden duidelijke verschijnselen van de kant van het hart. Men moet er aan denken, dat bij oudere patiënten hyperthyreoidie kan worden veroorzaakt door of het gevolg kan zijn van een maligne tumor van een orgaan.

Als laboratoriumproef hebben de schrijvers vooral het fixatieonderzoek van radioactief jodium gebruikt. De patiënten mogen dan geen jodiumhoudende medicamenten hebben ingenomen en niet zijn behandeld met stoffen, die de werking van de schildklier doen veranderen. Vooral het onderzoek van de fixatie na zes uur geeft zeer betrouwbare resultaten. Verder kan men het aan eiwit gebonden jodium nagaan. De hoeveelheid hiervan is bij hyperthyreoidie verhoogd. Het cholesterolgehalte is verlaagd en de grondstofwisseling verhoogd. Hyperthyreoidie bij deze oudere patiënten kan het beste en met veel succes worden behandeld met radioactief jodium. N. Bessem.

62-55. Scharlach, eine ätiologische Vielheit? Bormann, F. von (1962) *Münch. med. Wschr.* 104, 1336.

De schrijver verzet zich tegen de opvatting, dat roodvonk een ziekte zou zijn, welke door verschillende ziekteverwekkers kan worden veroorzaakt. Het is vrijwel overal ter wereld opgevallen, dat roodvonk en vooral de complicaties de laatste jaren veel minder worden gezien dan vroeger. Volgens de schrijver is er een teruggang van de hemolytische streptokokken in de keel van de mens, ten gunste van de hemolytische stafylokokken. Er zijn de laatste jaren vanuit diverse landen meldingen gemaakt van typische roodvonk-exanthemen met vervellingen, maar waarbij een stafylokokken-angina bestond (hemoliserende stafylokokken). Er waren hierbij geen complicaties als otitiden, nephritiden, endokarditiden, gewrichts-afwijkingen en dergelijke gezien: een veel goedaardiger verloopende exanthematische ziekte dus. Toch mag men deze stafylokokkenziekte geen roodvonk noemen, omdat een ziekte juist het meest is gekarakteriseerd door zijn verwekker en niet door de verschijnselen, die klinisch zichtbaar worden. Auteur wijst er bijvoorbeeld op, dat een roodvonk-exantheem ook wel eens door een geneesmiddel kan worden veroorzaakt of door griep, of door lues, waarbij het toch voor iedereen duidelijk is, dat men dan niet van roodvonk mag spreken. M. Reyerse

62-57. Nil nocere! Vermeidung von Spritzenschäden bei intraglutäaler Injektion. Nitsche, F. von (1962) *Münch. med. Wschr.* 104, 1125.

Naar aanleiding van een plaatselijke necrose tengevolge van een Butazolidine-injectie, in het bovenste buitenste quadrant van de bilstreek, heeft de schrijver in de literatuur gezocht naar aanwijzingen voor een betere injectie-techniek. Hij is daarbij getroffen door een studie van A. von Hochstetter — (1955) *Schweiz. med. Wschr.* 85. Als men zoals gebruikelijk, injecteert in het bovenste buitenste quadrant, met de naald in de richting van de kam van het darmbeen, komt men door het dorsale deel van de musculus gluteus medius en zal daarbij ongetwijfeld met zeer grote waarschijnlijkheid, nimmer de nervus inschiadicus raken. Maar door dit gebied lopen ook de nervus gluteus cranialis en de diepe takken van de vasa glutea cranialia. Het behoort dus tot de mogelijkheden dat men na een intramusculaire injectie wel eens een verlamming van de kleine musculi glutei ziet optreden, evenals een vetembolie of een beschadiging van een arterie.

Von Hochstetter heeft, uitgaande van de omstandigheid, dat er in het centrale deel van de musculus gluteus medius geen grote zenuwen en vaten worden gevonden, een andere injectietechniek ontwikkeld. Men moet daarbij injecteren in een gebied, dat begrensd wordt door drie markante punten: a spina iliaca anterior superior, b de eminentia cristae iliacae (het verst lateraal liggende uitsteeksel van de kam van het darmbeen) en c de dorsale kant van de trochanter major. Wanneer men de toppen van de tweede en derde vinger op de onder a en b genoemde punten legt en de handpalm op de trochanter, dan moet men inspuiten in de ruimte tussen deze twee vingers, met de naald in de richting van de crista

iliaca (dus cranialwaarts). De patiënt kan hierbij het beste op zijn zij of op de rug liggen. Uiteraard moet men, voordat men langzaam inspuit, eerst even aanzuigen en vooral de patiënt vragen of het inspuiten pijn doet. Volgens de schrijver zullen met deze techniek vrijwel geen beschadigingen meer te verwachten zijn. M. Reyerse

62-58. Klinische Diagnostiek der lumbalen Diskushernien. Moll, K. (1962) *Münch. med. Wschr.* 104, 1846.

De, in een Hongaars ziekenhuis werkzaam zijnde, schrijver, deelt zijn, zich over tientallen jaren strekkende, ervaring mee over enkele subtiele diagnostische bevindingen bij de lumbale discuss hernia. Terwijl er bij het stellen van de diagnose, door de meesten veel nadruk wordt gelegd op de zogenaamde perifere verschijnselen (symptoom van Lasègue, reflexanomalieën, paraesthesiën en dergelijke), wijst auteur op afwijkingen, die aan de rug zelf zijn waar te nemen. Hiertoe moet men de patiënt betrekkelijk kleine bewegingen met de rug laten uitvoeren en daarbij, met een gunstige lichtinval, de gedragingen van de wervelkolom bekijken, zowel zittend achter de patiënt, als staande en dan van boven langs de wervelkolom kijkend.

Bij een echte discuss hernia zal men vinden, dat zowel het vooroverbuigen, als het achteroverbuigen zijn beperkt, maar vooral ook, dat bij het zijwaartsbuigen, de wervelkolom wordt gefixeerd in het lumbale en onderste thoracale gedeelte en wel in de richting, tegenovergesteld aan die, waar de hernia zich bevindt. Dus bij een linkszijdige hernia is het naar rechts zijwaartsneigen beperkt. Bij een hernia tussen L₄-L₅, ziet men bovendien nog al eens, dat de patiënt speciaal de vijfde lendenwervel fixeert, maar nu juist bij buigen naar de zieke kant.

In de herstelfase van een discuss hernia valt vaak waar te nemen, dat deze beperkingen van de beweeglijkheid van de wervelkolom stuk voor stuk verdwijnen, waarbij het achteroverbuigen in de regel het langst beperkt blijft. Deze bewegingsanomalieën zijn volgens de schrijver niet te simuleren, zodat ze ter beoordeling van het het al of niet gefingeerd zijn van de rugklachten, van belang zijn.

Behalve aan deze bewegingsanomalieën, kent de schrijver ook grote waarde toe aan enkele drukpunten, vooral in verband met de zogenaamde étage-diagnostiek. Hij benut hiertoe de „ruit van Michaelis”, dit is de figuur die ontstaat als men de processus spinosus van L₅ verbindt met de beide spinae posteriores superiores en dan deze weer verbindt met de bovengrens van de bilplooï. Bij een hernia tussen L₄-L₅ is er bij flinke druk op het punt juist tussen de processus spinosus L₅ en de spina posterior superior, een tot in de onderste extremiteit en soms zelfs tot in de hiel uitstralende pijn waar te nemen. Bij een hernia tussen L₅-S₁, is er bij flinke druk in de onderste hoek van de ruit van Michaelis, één cm naast de middellijn, een hevige pijn, uitstralend in de gluteaalstreek, waar te nemen. Deze druk dient men met de derde falanx van de wijsvinger uit te oefenen (dus met gebogen wijsvinger), omdat met de top van de vinger niet voldoende kracht is uit te oefenen. Bovendien moet de patiënt zich goed ontpennen.

Bij ernstige ischias zijn er soms fibrillaire trekkingen in de gluteaalstreek en soms in het bovenbeen waar te nemen. De schrijver meent, dat deze trekkingen ook zijn op te wekken en wel door druk op de zoëven genoemde drukpunten. De trekkingen duren alleen maar zolang men druk uitoefent en zijn alleen tijdens de ergste fase van de ziekte waar te nemen. In het verloop van de genezing verdwijnen ze snel.

M. Reyerse

Het lezen waard

Het boekje „Roken en gezondheid”, een Nederlandse vertaling van het rapport van „The Royal College of Physicians of London”, is nog steeds gratis verkrijgbaar bij de „Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding” - De Lairessestraat 33 - Amsterdam-Z. Zoals collega Van Proosdij in zijn voorwoord zegt: „Het is (dan ook) te hopen dat dit rapport, dat elke roker beslist moet lezen, ieder die het aangaat zowel tot nadenken als tot handelen zal bewegen.”