

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

63-02. Le risque diabétique. Essai d'évaluation et de terminologie. *Deuil, R., Cl. Laurent en M. Magdelaine. (1962) Presse méd. 70, 1879.*

Indien men het er over eens is, dat diabetes mellitus in aanleg erfelijk is bepaald, is het logisch de periode van conceptie tot het optreden van klinische symptomen prediabetes te noemen. Door toepassing van glucosetolerantie-proeven heeft men toestanden van relatieve insuline-insufficiëntie leren onderscheiden, lang voordat de diabetische verschijnselen duidelijk worden. Ook deze lichte stofwisselingstoornis kan door dezelfde angiopathie worden begeleid, als de aperte diabetes.

De schrijvers noemen prediabetes de stomme fase, diabetes fruste (= preklinische diabetes, ref.) de geringste stoornis in de glucoregulatie, en ware diabetes, de toestand, waarbij tenminste hyperglycemie van het diabetische type wordt gevonden. Alle streven moet er op zijn gericht de zone van de preklinische diabetes zoveel mogelijk te vergroten en een behandeling te vinden voor deze periode, waardoor de dreiging van insuline-insufficiëntie en angiopathie wordt afgewend.

Door welke factoren wordt het diabetisch risico bepaald? Het absolute risico is erfelijk bepaald. Diabetes wordt overgebracht door een autosoom gen met incomplete dominantie. Dit gen manifesteert zich op jeugdige leeftijd bij homozygoten. Het is niet mogelijk de diabetische aanleg aan te tonen. Het zou de moeite waard zijn alle afstammelingen van lijders aan diabetes mellitus van het vijfde jaar af periodiek te onderzoeken middels glucose-tolerantie-proeven. Ook moet men bij huwelijksvoorlichting rekening houden met de erfelijkheid van de diabetische aanleg.

Bijkomende factoren kunnen het optreden van diabetes bevorderen. Zwaarlijvigheid is de uiting van calorische overbelasting en vergroot daardoor het diabetisch risico. Zwaarlijvigheid is het zwaarste bijkomende risico voor gepredisponerde individuen en het meest voorkomende. Dit risico is alleszins vermijdbaar. Aandoeningen van de pancreas kunnen het optreden van diabetes bevorderen, maar spelen geen grote rol. Het is niet bekend, dat galwegaandoeningen een rol spelen bij het manifest worden van suikerziekte. Wel vindt men bij suikerziekten vaak galstenen.

Spontane hypoglycemie kan een uiting zijn van diabetes mellitus, evenals renale diabetes. Vindt men deze afwijkingen van de suikerstofwisseling dan is herhaalde controle nodig, vooral bij individuen met diabetes in de familie. Alarmsignalen zijn vasculaire complicaties en pathologische zwangerschappen. Men vindt de vaatafwijkingen vooral in de retina en in de arteriën van de benen. Twaalf procent van de lijders aan diabetes mellitus wordt ontdekt door het vinden van vasculaire afwijkingen, myocardinfarct, retinopathie en arteritis. Zwangerschapsstoornissen kunnen lange tijd vooraf gaan aan het optreden van suikerziekte. Abortus, doodgeboorten, zware kinderen, hydramnion en misvormingen kunnen voortekenen zijn van suikerziekte. De foetale sterfte zou in de prediabetische fase twee- tot driemaal zo hoog zijn als normaal. Een vrouw, die een kind van zes kg heeft gebaard krijgt zeker diabetes; het risico daalt van 63 procent bij babies van 5,8 kg tot 17 procent bij babies van 4,5 kg.

Het diabetisch risico kan men proberen aan te tonen. Het vinden van suiker in de urine, van vierentwintig uur, is altijd een laat teken. De bepaling van de nuchtere bloedsuikerwaarde is niet van belang. De glucosebelastingsproef blijft de betrouwbaarste methode. De schrijvers betrouwen het, dat niet overall één standaard tolerantieproef wordt gebruikt. De belastingproef met glucose en cortison, proef van Conn, is gevoeliger. Bij kinderen en oudere mensen minder betrouwbaar. De tolerantietest met tolbutamide intraveneus blijft ge-

reserveerd voor bepaalde gevallen, waarbij men de glucosebelasting niet goed kan gebruiken: bij mensen boven de 50 jaar, bij adipositas en bij patiënten met gestoorde intestinale absorptie.

Proylactisch is het van belang alle kinderen van een diabetische ouder regelmatig te controleren. Controle is ook nodig bij moeders van zware kinderen en bij deze zware kinderen zelf. Oppassen moet men bij spontane hypoglycemieën en bij, passagère of permanente, monosymptomatische glucosurie. Zwaarlijvigen moet periodiek worden onderzocht.

Therapeutisch vooral goede voorlichting voor het huwelijk, om het hereditaire risico te verkleinen. Bestrijding van de uitputting van de bethacellen van de pancreas door gewichtsvermindering kan dankbaar zijn. Het is nog onzeker of het mogelijk is de glucose-tolerantie te vergroten bij mensen met alléén gestoorde belastingsproeven.

N. Bessem.

63-10. Das Problem der Gastritis. *Kutschera-Aichbergen, H. (1962) Münch. med. Wschr. 104, 2541.*

Het begrip gastritis is volgens de schrijver misleidend, daar er in verreweg de meeste gevallen geen morfologische duidelijke „itis“ (ontsteking) aantoonbaar is. Vooral nu er de laatste jaren meer kan worden onderzocht, bijvoorbeeld door gastroscopie en biopsie, gastrofotografie en gastrokleurenfotografie, is wel duidelijk geworden, dat het klinische begrip gastritis niet klopt met het morfologische begrip.

De diagnose gastritis wordt gesteld op grond van de pijn, het röntgenonderzoek en de gastroscopie. De pijn bij gastritis is zeer wisselvallig en vaak is er geen of vrijwel geen samenhang met het eten. Dit is niet goed te rijmen met een ontstoken maagslijmvlies, dat toch wel zou moeten reageren op voedsel-opname. Bij laparotomie is nog al eens gebleken, dat bij sommige patiënten, die zeer veel pijn hadden toch een normaal maagslijmvlies bestond.

Het röntgenonderzoek steunt de diagnose gastritis, als er grove plooiën aantoonbaar zijn. Gebleken is, dat grove plooiën, die men op de foto zag, lang niet altijd terug te vinden waren bij gastroscopie. Verder blijkt, dat men door bepaalde druk op de maag uit te oefenen of door intraveneuze injectie van sommige stoffen, grove plooiën te voorschijn kan roepen.

Gastroscopie heeft aangetoond, dat bij veel mensen met duidelijke gastritisklachten, geen veranderingen aan het maagslijmvlies te zien waren. Ook de andere verschijnselen van een ontsteking, zoals een verhoogde bloedbezinking, leukocytose, linksverschuiving, koorts, een gunstige reactie op cortison en dergelijke, ontbreken.

Volgens de schrijver heeft men dan ook bij de gastritis niet te doen met een ontsteking, maar met een functiestoornis. De oorzaken van deze functiestoornis liggen eigenlijk altijd buiten de maag. Zelfs in een voor de hand liggende stoornis als de bedorven maag, na het eten van ondeugdelijk voedsel, is het niet primair de maag, die gestoord raakt. Immers, in de maag vindt geen resorptie plaats maar dit gebeurt pas in de dunne darm van waaruit, via reflexen, de motiliteit van de maag wordt beïnvloed. Ook via de lever kan de maag worden beïnvloed, zodat men gaat braken bij hepatitis en bij vergiftigingen. Ook via het bloed, door bijvoorbeeld ureum, bacterietoxinen, corticosteroiden, kan men de functie van de maag beïnvloeden. De psychische beïnvloeding van de maagfunctie is genoegzaam bekend door de proeven van Pawlow.

Dit alles wil niet zeggen, dat er geen morfologische gastritis bestaat. De patholoog-anatomen kennen wel degelijk een maagontsteking. Deze begint dan echter niet aan de opper-

vlakke, maar diep in het weefsel, bij de klieren in het slijmvlies. Mogelijk speelt hier het zoutzuur een rol bij. De klieren zelf produceren namelijk een inactief zoutzuur, dat pas in de maag zelf actief zoutzuur wordt. Het is niet ondenkbeeldig, dat als deze activering te vroeg plaats vindt, er beschadiging van de diepere lagen ontstaat. In elk geval is er klinisch geen duidelijk beeld, dat typerend is voor een dergelijke morfologische gastritis. Bij anaemia pernicioosa is er een zeer uitgebreide gastritis, maar de patiënt merkt er vrijwel niets van.

Wat de therapie betreft, zal men volgens de schrijver, bij de gastritis dan ook niet primair de maag moeten behandelen, maar moeten zoeken naar stoornissen buiten de maag, zoals lever, dunne darm en zenuwstelsel, en deze behandelen.

M. Reyerse

63-4r. A study of pernicious anaemia in elderly patients. Cantor, A. M. (1963) *Geront. Clin.* 5, 23.

Dat pernicieuze anemie alleen voorkomt bij patiënten, jonger dan 65 jaar, is een wijdverspreid misverstand. In Amerika is zelfs een geval bekend dat op de leeftijd van 91 jaar begon. Is de diagnostiek bij jongere patiënten niet zo moeilijk wanneer zich anemie ontwikkelt met lichte icterus, een pijnlijke tong en verlies van de vibratiesensibiliteit, bij de bejaarde zijn de moeilijkheden groter. Cantor beschrijft 13 patiënten ouder dan 65 jaar, die werden opgenomen respectievelijk onder de diagnose moeheid, hartafwijkingen, verwardheid, psychose, loopstoornissen en dyspnoe. Deze afwijkingen waren alle het gevolg van de pernicieuze anemie en verdwenen na het instellen van de behandeling. Dat deze patiënten daarnaast meer klachten over andere organen hadden is te verwachten aangezien de geriatrie is gekenmerkt door multipathologie. Het toedienen van vitamine B12 kon enkele patiënten behoeden voor een blijvende opname in een psychiatrische inrichting. In dit verband moge worden opgemerkt dat soms het toedienen van sedativa aan deze onrustige patiënten met anemie een dodelijk verloop heeft. Cantor beschrijft enkele gevallen die in coma overlijden na toediening van een normale dosis chloralhydraat of paraldehyde.

Dr H. P. Akkerman

Het lezen waard

Alle deskundige medisch-farmaceutische voorlichting aan artsen voorziet in een behoefte. Het lezen waard is daarom ook het „Formularium 1963”, uitgegeven door de Regionale Commissie van Toezicht voor het Ziekenfondswezen te Utrecht. Dit boekje is samengesteld met medewerking van Prof. Dr P. Sorgdrager. Prijs f 2,35; besteladres: Pietersstraat 11, Utrecht.

Boekbespreking

Ruimte en Grens. Verslagboek Klein Congres Nationale Federatie „Het Wit-Gele Kruis”. Verkrijgbaar bij de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis te Utrecht; giro 155861, prijs f 1,50.

Het Wit-Gele Kruis heeft in zijn bestaansperiode een onstuimige groei doorgemaakt. Begonnen als een bescheiden poging enige hulp te bieden in de noden op het gebied van de gezondheidszorg, die zich in de eerste decennia van deze eeuw manifesteerden, heeft het Wit-Gele Kruis zich in enkele grote fasen ontplooid tot een maatschappelijke voorziening, welke thans uit het geheel van de gezondheidszorg niet meer is weg te denken. Met zijn grote spreiding, waardoor het alle gezinnen kan bereiken, is het Wit-Gele Kruis een maatschappelijk verschijnsel, dat een duidelijke eigen aard vertoont, waarvoor reeds door de oprichters de kiem werd gelegd. Bovenstaande woorden zijn letterlijk aangehaald uit de inleiding van Ruimte en Grens, het boekje dat het eerste deel bevat van het rapport van de zogenaamde Plancommissie, welk deel

de grondslagen behandelt op welke het Wit-Gele Kruiswerk berust.

Besproken worden het werkterrein van het Wit-Gele Kruis, het Wit-Gele Kruis als particuliere organisatie en de Christelijke inspiratie in het Wit-Gele Kruis. Als werkterrein voor het Wit-Gele Kruis wordt gezien de maatschappelijke gezondheidszorg gedefinieerd als die sector uit het geheel van de georganiseerde gezondheidszorg, die gericht is op de gezondheidszorg in en rond het gezin. Het gebied wordt in feite negatief bepaald als het terrein, dat niet wordt bestreken door het ziekenhuiswezen of de huisarts. Het zal de huisarts vreemd aan doen, dat in deze beschouwing sterk de aandacht wordt gevestigd op het georganiseerd zijn en dat het individuele werk van de wijkzuster, zoals hij dit dagelijks ervaart, zo weinig ter sprake komt.

Tot praktische consequenties hebben de in dit deel behandelde gedachten niet geleid; deze mogen wij verwachten in een volgend deel. Het Wit-Gele Kruis heeft als belangrijke taak de bevordering van de bewustwording van de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de leden. Deze taak kan zij het best vervullen als particuliere organisatie. Het toenemend bewustzijn van de waarde van de menselijke persoon, diens verantwoordelijkheid, vrijheid en zelfstandigheid enerzijds en anderzijds het vermeerderde besef van de waarde van gemeenschapsbinding en de noodzaak tot organisatie is het onderwerp van de beschouwingen over het Wit-Gele Kruis als particuliere organisatie.

Het Wit-Gele Kruis heeft mede als grondslag de katholieke levensbeschouwing. Een beschouwing over de Christelijke inspiratie in het Wit-Gele Kruis is hier dus zeker op zijn plaats. Het geheel is een bezinning op het kruiswerk met als doel de onstuimige groei in goede banen te leiden.

Het boekje kan ter lezing worden aanbevolen aan die huisartsen die voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg rond het gezin speciale interesse hebben. Met belangstelling wordt uitgezien naar het volgende rapport van de Plancommissie, dat de praktische consequenties zal bevatten en een leidraad voor de verdere ontwikkeling. Dit deel belooft van groot belang te worden voor de huisarts.

J. J. M. Michels

Prof. Dr H. Deenstra. Longziekten. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1963. 170 bladzijden, prijs f 14,90.

Niet ten onrechte heeft Deenstra aan zijn boekje „Longziekten” de ondertitel „Capita selecta” meegegeven. Het maakt inderdaad een wat heterogene indruk.

Voor het grootste gedeelte draagt het het karakter van een — zeer beknopt — leerboek. De schrijver geeft hierin duidelijk blijk van zijn didactische gaven. De logische rangschikking en de bondige formulering van de belangrijkste feiten wekken, ondanks een zekere schoolsheid en droogheid, de bewondering. Vooral het (relatief uitvoerige) hoofdstuk over „asthma bronchiale en chronische astmatische bronchitis” is bijzonder goed geslaagd. Daarnaast heeft de auteur het zich echter wat al te gemakkelijk gemaakt door voor een viertal hoofdstukken te volstaan met inlassing van reeds elders door hem gepubliceerde bijdragen in „iets gewijzigde versie”. Deze hoofdstukken hebben een geheel andere opzet en stijl en vallen daardoor uit de toon.

De opbouw van het boek moge, conform de aanduiding „capita selecta”, een weinig systematische indruk maken, toch is het vrij volledig. Opmerkelijk is echter, dat een ook thans nog zeer belangrijk onderwerp als de longtuberculose in drie hoofdstukjes (pathogenese; tuberculine-reactie en B.C.G.-vaccinatie; richtlijnen voor de behandeling) wordt afgehandeld, terwijl de kliniek praktisch onbesproken blijft.

Het boekje ziet er goed verzorgd uit, maar voor 170 pagina's klein formaat met slechts zeven lijntekeningetjes en geen Röntgenfoto's lijkt de prijs rijkelijk hoog. Een register ontbreekt.

Volgens het voorwoord van Prof. Jordan kan „dit boekje van nut zijn niet alleen voor studenten, doch ook voor artsen”. Inderdaad zal de huisarts er veel nuttigs in kunnen vinden, maar het is naar mijn mening toch wel in hoofdzaak geschikt voor studenten.

A. E. Denekamp