

Toch meen ik dat de beide vragen in sommige gevallen nog met ja mogen worden beantwoord uit medisch en menselijk verantwoordelijkheidsgevoel en ook omdat wij ons in een evolutiefase bevinden, zoals vroeger toen er wél de structuur van de ziektewet, maar nog geen controlerend arts was.

Misschien denkt de rechter meer principieel en heeft hij, vooruitlopende op deze ontwikkeling, dit op de achtergrond van zijn denken, wanneer hij juist de huisarts er buiten houdt, zoals het zo dikwijls lijkt wanneer men een proces van een patiënt volgt. Misschien zijn het negatieve ervaringen of alleen maar geen ervaringen met de mogelijkheden in het huisartsenwerk, misschien ook zijn het de gewoonten en de ontmoedigingen in het eigen vak, die de rechter van contact met de huisartsen doet afzien.

Samenvattend zou ik willen stellen dat de huisarts zeker een taak heeft in de revalidatie van hen,

die in meer of minder belangrijke mate met de justitie in aanraking zijn gekomen. Zo niet als toezichthouder dan toch in samenwerking met deze. Juist als huisarts heeft men primair toegang tot de patiënt-gestrafte en zijn omgeving. Hoewel het zeker een extra belasting betekent in de praktijkvoering, is het behalve noodzakelijk ook zeer stimulerend. Het is dan naar drie kanten nuttig: 1 De gestrafte kan als een patiënt naast zijn arts door zijn ervaringen een innerlijke groei doormaken. Hij kan herstellen tot normaal functioneren in de maatschappij; 2 de omgeving kan met behulp van de arts tot beter begrip van en samenwerking met de mens komen en de problemen, die eerst door angst en vooroordeel werden afgewezen, leren aanvaarden; 3 Ook de arts kan door zijn ervaringen met deze mensen en hun lijdensproblematiek tot verbreding van inzicht en tot verdieping van bewustzijn komen.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

63-45. *Précautions thérapeutiques chez la femme enceinte.* Chassagne, P. (1963) *Presse méd.* 71, 1075.

Bij elke medicamenteuze behandeling van vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd moet men zich bewust zijn van de mogelijkheid een eventueel aanwezige vrucht schade te berokkenen. Medicamenten kunnen door diffusie of door filtratie de placenta passeren. Tijdens het eerste trimester van de zwangerschap dreigen hierdoor verstoring van de zwangerschap en het optreden van misvormingen. Dit kan geschieden door vergiftiging, zoals bijvoorbeeld chinine, als abortivum ingenomen, doofheid teweeg kan brengen, evenals een intensieve behandeling met streptomycine dit kan veroorzaken. Meestal echter is een stofwisselingsstoornis de oorzaak. Men denkt dan onmiddellijk aan de ellende veroorzaakt door het sedativum thalidomide. Uit de vele publikaties over de door deze stof veroorzaakte embryopathie is gebleken, dat vooral de eerste veertig dagen na de bevruchting in deze belangrijk zijn.

Vóór deze geruchtmakende vergiftigingen waren vruchtbeschadigingen bekend geworden door orale antidiabetica door insuline. Men neemt aan, dat hypoglykemie, waarvoor foetussen zeer gevoelig blijken te zijn, hierbij van belang is. Dat ook de cytostatica teratogene werking kunnen vertonen ligt voor de hand. Vooral de folinezuurantagonisten kunnen de dood van de foetus, respectievelijk resorptie of misvormingen, veroorzaken. In de Verenigde Staten is aminopterine met succes als abortivum gebruikt en ook als zodanig misbruikt!

In de latere zwangerschapsmaanden zijn beschadigingen van de vrucht mogelijk door forse doses digitalis; hypokaliëmie kan optreden door het ongecontroleerd toedienen van diuretica; neonatale hemorragieën zijn beschreven door anti-stollings therapie van de moeder. Barbituraten kunnen door de vrucht onvoldoende worden geëlimineerd en zo zijn bloedingen bij pasgeborenen beschreven, toegeschreven aan het gebruik van hoge doses fenobarbital in de laatste zwangerschapsmaanden. Optalidon, een combinatie van barbituraat, amidopyrine en coffeine, was verantwoordelijk voor een dodelijke beenmergplasie van een neonatus. Langwerkende sulfonamiden kunnen kernicterus doen ontstaan. Antibiotica worden goed verdragen; bij massieve behandeling van lues met penicilline zijn dodelijke herxheimerreacties bij het kind beschreven. Bekend is, dat vitamine K niet in de vorm van Menadion

moet worden toegediend, daar dit bij de foetus hemolyse en kernicterus kan veroorzaken. Natuurlijk progesteron is in de zwangerschap ongevaarlijk; de synthetische progestatieve stoffen kunnen de oorzaak zijn van masculinisatie. Corticosteroidenbehandeling van de vrouw kan bijnierinsufficiëntie van de baby teweegbrengen. Schildklierfunctie-remmers kunnen bij neonati krop en passagère hypothyreoidie doen ontstaan. Tijdens de bevalling zijn het de anaesthetica, die foetale anoxie kunnen veroorzaken.

Immunisatie van zwangeren schijnt in het algemeen geen gevaar voor de vrucht op te leveren. In streken met veel naveltetanus heeft men zelfs succes geboekt door immunisatie van alle zwangeren. Vaccinatie met levend virus kan een virale embryopathie doen ontstaan, zodat pokkenvaccinatie als regel moet worden uitgesteld tot na de bevalling.

Röntgenstralen zijn voor foetussen zeer gevaarlijk. Er kunnen mutaties worden opgewekt door inwerking op de gonaden. Het optreden van bloeddyscrasieën en neoplasmata bij kinderen door bestraling van de moeder tijdens de graviditeit staat niet vast. Misvormingen van de vrucht na bestraling van de moeder kunnen zeker ontstaan. Bestraling in de eerste zwangerschapsweek kan de dood van de vrucht ten gevolge hebben, terwijl tussen de tweede en zevende week misvormingen kunnen optreden. Daarna lopen vooral het zenuwstelsel en de genitaliën gevaar. De stralendosis is uiteraard van belang; honderd röntgen geeft zeker afwijkingen. Het schijnt verstandig vrouwen in de produktieve fase in de eerste twee weken na de eerste dag van de menstruatie te röntgenen. Bij zwangeren mag geen röntgenonderzoek plaats grijpen, behalve in noodgevallen en op het einde van de zwangerschap bij verloskundige moeilijkheden. N. Bessem

64-5r. *Mortaliteit door aangeboren afwijkingen 1950-1961.* Centraal Bureau voor de Statistiek, Uitgeverij W. de Haan n.v., Zeist, 1963.

De belangstelling voor het probleem van de aangeboren misvormingen is in de laatste decennia toegenomen. Naast de in het algemeen gestegen interesse voor statistisch bewerkte medische gegevens, hebben drie gebeurtenissen een bijzondere stimulans uitgeoefend. In 1941 toonde Gregg het verband aan tussen rubеоla gedurende de graviditeit en aangeboren mis-

vormingen en vestigde daarmee de aandacht op de invloed van infectieuze factoren met betrekking tot aangeboren afwijkingen. Door de atombomexplosie in Hiroshima en Nagasaki enkele jaren later, kwam het onderzoek naar de invloed van radioactieve bestraling op gang. De gevolgen hiervan uitten zich onder meer in tal van congenitale misvormingen, die intensief werden bestudeerd. Tenslotte hebben de dramatische gevolgen van het gebruik van Softenon gedurende de zwangerschap, de studie van de exogene invloeden op aangeboren afwijkingen nieuw leven ingeblazen.

Deze monografie is de aandacht, ook van de huisarts, ten volle waard. De kennis van het gebied der congenitale misvormingen is nog zeer onvolledig; elke uitbreiding door publicatie van nieuwe gegevens kan van groot wetenschappelijk en praktisch nut zijn. Aangezien het Centraal Bureau voor de Statistiek de gegevens heeft ontleend aan overlijdensverklaringen, is de omvang van de studie beperkt tot die gevallen van aangeboren afwijkingen, die aanleiding hebben gegeven tot doodgeboorte en sterfte, waarbij de zuigelingensterfte (in het eerste levensjaar) bijzondere aandacht ontving. Bij de uitwerking is de relatie vastgesteld met leeftijd en pariteit van de moeder en zijn de invloed van het geslacht van het kind, het patroon van de organische afwijkingen, geografische verschillen en de betekenis van infectieuze aandoeningen in de graviditeit onderzocht.

De statistische bewerking strekte zich uit over de gegevens van doodgeboorte en sterfte gedurende de jaren 1950 tot 1961. Gemiddeld kwamen in die jaren ongeveer 1.500 sterfgevallen per jaar voor als gevolg van congenitale misvormingen. Ongeveer tweederde hiervan had betrekking op de doodgeboorte en sterfte in het eerste levensjaar. Een groot aantal aangeboren afwijkingen waren van zo ernstige aard, dat ze niet verenigbaar waren met een lang leven. Een kwart deel van de zuigelingensterfte berustte dan ook op aangeboren misvormingen.

Zowel de doodgeboorte als de zuigelingensterfte, ten gevolge van congenitale afwijkingen, vertoonden in de loop van de bestudeerde jaren slechts een geringe afname. Zo daalde van 1950 tot 1961 de doodgeboorte van 2,04 promille tot 1,62 promille en de zuigelingensterfte van 4,81 promille tot 4,28 promille. In de grote meerderheid der gevallen (85-90 procent) waren de aangeboren afwijkingen van zo ernstige aard, dat ze primair de dood tengevolge hadden. In de overige 10 tot 15 procent werd de congenitale misvorming als secundair ten opzichte van de dood beschouwd, maar had in elk geval tot het overlijden bijgedragen.

In 11 procent van het totale aantal doodgeboorten bleek de oorzaak op aangeboren afwijkingen te berusten. Nog steeds worden in Nederland elke week gemiddeld acht gezinnen getroffen door de geboorte van een ernstig misvormd, levenloos kind. Uit de slechts in geringe mate gedaalde sterftecijfers blijkt, dat wij in dit opzicht weinig vooruitgang hebben kunnen boeken. Betreft men ook vroegere perioden in het onderzoek, dan blijken de mortaliteitscijfers gedurende de periode 1924 tot 1961 over het algemeen constant te zijn. De resultaten inzake preventie van congenitale stoornissen zijn achtergebleven bij die, welke zijn bereikt op andere terreinen van de geneeskundige wetenschap.

De brochure wijdt verder aandacht aan het diagnosepatroon van de sterfte door aangeboren misvormingen en aan de verdeling over de beide geslachten. Zo blijken meisjes meer afwijkingen te vertonen van het centrale zenuwstelsel, voornamelijk in de zin van anencefalie en monstervorming, jongens daarentegen meer afwijkingen van het circulatiesysteem, de spijsverteringsorganen en in het bijzonder van de tractus urogenitalis. Dit is in opmerkelijke overeenstemming met wat men bij de doodsoorzaken op latere leeftijd vindt. Ook daar is de sterfte ten gevolge van ziekten van hart en bloedvaten, spijsverteringsorganen en urologische afwijkingen bij mannen hoger dan bij vrouwen. Bij de vrouwen overheerst de sterfte ten gevolge van ziekten van het centrale zenuwstelsel. Men krijgt de indruk, dat voor bepaalde orgaan-systemen pathologische minderwaardigheid in aanleg en pathologische reacties gedurende het leven, een relatie met het geslacht van het individu tonen. Bij de doodgeboorte is een duidelijk seksverschil aanwezig. Op 66 door congenitale misvormingen doodgeboren jongens werden 100 doodgeboren meisjes geregistreerd. De sterfte in het eerste levensjaar was onder de

meisjes en jongens ongeveer gelijk. Op latere leeftijd bleek de mortaliteit ten gevolge van deze afwijkingen onder de jongens het hoogst. Vooral onder de meisjes kwam veel doodgeboorte voor tengevolge van anencefalie en monstervorming.

Bij vergelijking van de provinciën, grote gemeenten en gemeentegroepen kwamen opmerkelijke verschillen naar voren. Zo werd in Drente een hoge mortaliteit ten gevolge van aangeboren misvormingen geregistreerd. De doodgeboorte was daar twee-eneenhalf maal zo hoog als in Zeeland. De doodgeboorte als gevolg van anencefalie was in Drente zelfs viermaal zo hoog als in Zeeland. Voorts bleek de urbanisatiegraad een correlatie met de sterfte aan aangeboren afwijkingen te tonen. In grote gemeenten met meer dan honderd duizend zielen was de mortaliteit lager dan in kleinere gemeenten en in de provincies met veel urbanisatie geringer dan in streken met minder verstedelijking. Alleen Zeeland vormde in dit opzicht een uitzondering. De gevonden verschillen laten zich voorlopig nog niet verklaren. Het zal voor de toekomst nodig zijn nog meer factoren in het onderzoek te betrekken, bijvoorbeeld de leeftijd van de vader, de sociale welstands-laag en de invloed van inteelt.

Bij de bestudering van de invloed van de leeftijd van de moeder op de mortaliteit tengevolge van congenitale misvormingen bleek de doodgeboorte regelmatig met de leeftijd toe te nemen. Moeders van 40 jaar en ouder liepen, ongeacht hun pariteit, in dit opzicht een viermaal zo groot risico als moeders van 20 jaar en jonger. Verder liepen de eerstgeborenen het grootste gevaar. Onder hen kwam een tweemaal zo hoge doodgeboorte voor als onder de kinderen met een hoger rangnummer. Onder de eerstgeborenen uit moeders van 40 jaar en ouder werd een zevenmaal zo hoge doodgeboorte gevonden als onder de eerstelingen van moeders van 20 jaar en jonger.

Ook werd enige invloed van het seizoen vastgesteld. Gedurende een aantal jaren werd in het voorjaar steeds een hogere sterfte door congenitale afwijkingen geconstateerd.

Ten aanzien van exogene, infectieuze oorzaken heeft men een onderzoek ingesteld naar de gevolgen van de epidemie van Aziatische influenza in de winter van 1956. Hierbij bleek, dat de mortaliteit ten gevolge van aangeboren afwijkingen in de maanden september en oktober 1957 significant was toegenomen. Het is derhalve zeer waarschijnlijk, dat ook het influenzavirus in dit opzicht als exogene oorzaak van foetale orgaanmisvorming moet worden beschouwd. Van de zogenaamde Softenon- of thalidomidebaby's werden in Nederland, blijkens een door de Hoofdingspectie van de Volksgezondheid gehouden enquête, slechts 25 geboren; hiervan zijn 9 kinderen overleden.

Ook voor de huisarts is de gerefereerde brochure van directe betekenis. Hij immers is degene, die vaak het eerst met de afwijkingen in aanraking komt en door kennis van de omstandigheden een bijzonder inzicht in het complex van oorzaken kan ontwikkelen. Moge de bestudering van deze monografie dit inzicht verdiepen en tevens stimuleren tot optimale prenatale controle.

P. A. Coumou

64-01. Zur Behandlung des chronischen Lymphödems am Bein. Schlicht, L., en Th. Pohlmeijer (1963) Münch. med. Wschr. 105, 1761.

In dit artikel uit de universiteitskliniek van München bepleiten de auteurs een conservatieve behandeling van het lymfoedeem aan het been, daar men hiermede de laatste twee jaar bij zeven patiënten een fraai resultaat wist te bereiken. De diagnose van het lymfoedeem aan het been is betrekkelijk eenvoudig. De onderste extremiteit is wanstaltig gezwollen, welke zwelling ook na langdurig hoogleggen, niet verbetert. In tegenstelling tot de veneuze stuwung, ontbreken hier ulcera en pigmentaties.

Opvallend is de sterk gezwollen en gescleroseerde subcutis. Histologisch vindt men geoblitereerde of sterk gedilateerde lymfvaten, met sclerose en perivasculaire infiltraten in cel-arm bindweefsel. Over de etiologie heerst geen eenstemmigheid.

In de loop van de laatste eeuw, zijn vele therapieën bekend geworden. De meeste chirurgische ingrepen betekenen in de regel een nauwelijks te aanvaarden verminking. Teruggrijpend op de reeds lang bekende compressie-methode van Van der Molen, wordt in narcose het misvormde been,

met behulp van een strak omwonden gummislang, van de enkel tot aan de lies leeggedrukt. Het lymfoedeem wordt dan met geweld teruggedrongen naar de buikwand. Vervolgens krijgt de patiënt een goede zeer strakke elastieken kous welke, zodra de rek erin verminderd, weer moet worden vernieuwd. Het proces van geforceerde uitdrijving van de lymfe in narcose, moet soms enige malen worden herhaald.

M. Reyerse.

64-09. Erythrocyte sedimentation rate. *Schrader, W. H. (1963) Postgrad. med. 34, A 42.*

Hewson, een Engels geneesheer in de 17e eeuw was de eerste die een causaal verband tussen ziekte en bezinkingsnelheid van de erythrocyten vaststelde. Maar eerst na de onderzoeken van Fahræus in het begin van deze eeuw werd deze onderzoeksmethode in het diagnostisch arsenaal opgenomen.

Bloed kan bij benadering worden beschouwd als een fysisch systeem, waarin kleine bolletjes met een constante snelheid zinken in een visceuze vloeistof. Hierop is de wet van Stokes van toepassing, die zegt dat deze snelheid recht evenredig is met het verschil in soortelijk gewicht van het deeltje en dat van de vloeistof, met het kwadraat van de straal van het bolletje, en omgekeerd evenredig is met de viscositeit van de vloeistof. Deze regel gaat slechts op met bepaalde beperkingen, maar het bloed voldoet hieraan. Hoewel de erythrocyten niet bolvormig zijn, zijn de celconglomeraten, die ontstaan voor de bezinking begint, als bolvormige lichamen te beschouwen.

Volgens Cutler verloopt de bezinking in drie fasen; in de eerste, die 5-15 minuten duurt, vormen zich de erythrocytenconglomeraten welke daarop in beweging komen. In de tweede fase zakken ze met een constante snelheid en dan is de formule van Stokes van toepassing. Deze fase kan sterk wisselen van duur. In de derde fase wordt de beweging weer geremd door het bereiken van de bodem van de buis en het samenpakken van de cellen.

Een groot aantal variabelen beïnvloeden de bloedbezinking. De belangrijkste zijn de samenstelling van de bloedvloeistof, de erythrocyten en factoren van technische aard. Wat de vloeistof betreft, hiervan zijn het belangrijkste de duidelijke veranderingen van het fibrinogeen gehalte en van de alpha-2 globulinen. De abnormale eiwitten bij multipole myelomen en macrogammaglobulinemie beïnvloeden eveneens de bloedbezinking sterk. De viscositeit wordt voor het grootste gedeelte bepaald door de aanwezigheid van macromoleculen en de mate van asymmetrie daarvan. Hardwick en Squires vonden dat een gelijke verhoging van het gehalte aan fibrinogeen, alphasoglobuline of gammaglobuline de bezinkingsnelheid van de erythrocyten verhoogde in de verhouding 10 : 5 : 2.

De vorming van erythrocytenconglomeraten kan door veranderingen van de celoppervlakken worden beïnvloed. Voorafgaande aan de agglutinatie, vormt zich een onregelmatige laag eiwit op het oppervlak. Dit veroorzaakt waarschijnlijk een verandering van de elektrische potentiaal van de celmembranen. Door lecithine is de vorming van dit neerslag te voorkomen. Ook de vorm der rode cellen beïnvloedt de bezinkingsnelheid. Zo bezinken sikkcelcellen langzamer dan normale erythrocyten (Bunting). De grootte van de cellen heeft weinig invloed. Een verhoogde bezinkingsnelheid gaat gepaard met een verlaagde hematocrietwaarde. Het verband hiertussen is niet goed te verklaren.

Wat de techniek van de bepaling der bezinkingsnelheid betreft, te nauwe buizen verlagen de uitkomst door wrijving van het glas. Ham en Curtis vonden dat bij diameters van 11 tot 3 mm weinig verschillen optraden, maar dat bij vermindering van de diameter tot 2,5 mm, een vertraging van 27 procent optrad. Bezinkingsbuizen moeten minstens 2,5 mm doorsnede hebben (de gebruikelijke westergrenbuizen). De buizen moeten lang zijn om een vrije val zoveel mogelijk te bewerkstelligen. De buizen volgens Westergren, die 30 cm lang zijn, hebben een duidelijk voordeel boven die van Wintrobe, die slechts 12 cm zijn. Methoden, waarbij de uitkomsten van bloedbezinkingsnelheid in een curve wordt gebracht, veroorloven een nauwkeurige waarneming, maar zijn nogal bewerkelijk. Al met al is de methode van Westergren het meest bruikbaar; ze geeft een nauwere correlatie met het

ziektebeeld dan die van Wintrobe. Men heeft geprobeerd allerlei correctieberekeningen voor afwijkende hematocrietwaarden in te voeren, maar dit is nooit goed gelukt.

Ook het gebruik van anticoagulantia beïnvloedt de bloedbezinking. Het mengsel van ammonium- en kaliumoxalaat van Heller en Paul beïnvloedt de bezinking vrijwel niet en heeft geen invloed op de vorming van erythrocytenconglomeraten. Echter moet de bepaling hiermee binnen drie uur na het afnemen van het bloed worden uitgevoerd. Heparine en citraat beïnvloeden de bloedbezinking duidelijk. Dawson heeft aangetoond dat ethyleen diaminetetra-azijnzuur (EDTA), de bloedbezinking binnen 24 uur niet verandert, mits het bloed in de ijskast wordt bewaard. Het kaliumzout kan droog worden gebruikt, wat het voordeel heeft dat dit bloed ook voor andere hematologische onderzoeken kan worden gebruikt. Ook belemmert het het elektronisch tellen van de cellen niet, zoals bijvoorbeeld oxalaat wel doet.

De uitkomsten van de bloedbezinking nemen toe bij verhoogde kamertemperatuur: 15 procent bij een stijging van 20 tot 25°, 85 procent bij een stijging tot 38°. Tussen 22 en 27° C is de temperatuursinvloed te verwaarlozen. Het is van belang dat de bezinkingsbuis zuiver verticaal staat, want een kleine afwijking kan resulteren in een te hoge uitkomst. Ponder vond bij een helling van 3° al een verhoging van 30 procent.

J. G. Antvelink.

64-12. Etudes electroencéphalographiques sur le sommeil de nuit. L'Insomnie chronique. *Schwartz, B.A., G. Guilband en H. Fischgold (1963) Presse méd. 71, 1474.*

Wanneer doorlopende encefalogrammen tijdens de slaap worden gemaakt blijken de perioden van diepe slaap door delta-activiteit te zijn gekenmerkt. Meermalen per nacht komen ook perioden voor met laag voltage, voornamelijk in de alfa- en de thêtaband: de slaper is dan onrustig en vertoont onregelmatige, schokkende oogbolbewegingen, irregulaire pols en ademhaling, verhoging van de huidweerstand en verhoging van de drempelwaarde voor geluid. Worden de slapers tijdens deze perioden gewekt, dan verklaren de meesten dat zij bezig waren te dromen. Merkwaardig is dat onderdrukking van deze onrustige perioden enige nachten achterereen, overdag aanleiding is tot geprikkeldheid, onrust en onoplettendheid.

Continue registratie van de elektrische activiteit van de hersenen gedurende de nacht is van belang voor een juiste waardering van slapeloosheid. Echte slapeloosheid wordt veroorzaakt door organische of geestelijke oorzaken, pijn, hoestprikkel, dyspnoe, koorts of spanning, zorgen, verdriet enzovoort. Dit gebrek aan slaap is de lijdens aan te zien. Verder zijn er mensen, die aangeven zeer slecht te slapen, doch die daarvan geen uiterlijke kentekenen vertonen en die tot een normale dagtaak in staat blijken te zijn. Deze mensen gebruiken chronisch slaappmiddelen.

De schrijvers hebben drie slapelozen van deze laatste categorie met gebruikmaking van doorlopende nachtelijke E.E.G.-registratie en continue observatie onderzocht en de resultaten vergeleken met vijf normale slapers, die op identieke wijze zijn onderzocht. Zij hebben geen duidelijke verschillen kunnen vaststellen. Het verschil tussen beide groepen ligt in de subjectieve waardering van de slaap. De „slapeloze" negeert de perioden van diepe slaap en hecht te grote waarde aan de enkele momenten van wakker zijn, die hij zich kan herinneren. De zogenaamde slapeloosheid kan begonnen zijn met een periode van echte slapeloosheid door zorgen of onrust. Zij kan daarna worden onderhouden door slaappmiddelen, die bij het ontwaken een gevoel van loomheid en vermoeidheid kunnen geven. De patiënt voelt zich niet uitgerust, denkt slecht te hebben geslapen, neemt meer of andere slaappmiddelen in en wordt een toxicomaan. Het is goed zich als behandelend medicus bewust te zijn van deze gang van zaken bij de patiënten, die „'s nachts geen oog dicht doen". N. Bessem.

64-13. Roséole infantile, exanthème subit, sixième maladie. Note de médecine pratique. *Rouquès, L. (1963) Presse méd. 71, 1811.*

Naar aanleiding van recente Franse publikaties geeft Rouquès een overzicht van het ziektebeeld roseola infantum. De

ziekte komt zeer veel voor; zij is de frequentste infectieziekte van de jonge kinderen. Zij wordt vooral gezien bij kinderen van zes tot achttien maanden oud. In de eerste zes levensmaanden is zij zeldzaam en na het tweede jaar komt zij niet meer voor. Zij treedt niet epidemisch op. De diagnose wordt veel te weinig gesteld, omdat het exantheem optreedt na de daling van de koorts en omdat het exantheem zeer vluchtig is. De aandoening begint met koorts, 39° - 40° C., anorexie, onrust, nachtelijke huilbuien en slapeloosheid. Geen catarrale verschijnselen, behalve een rode keel en wat rode trommelvliezen. Soms is de fontanel gespannen. De vierde dag volgt een abrupte daling van de temperatuur, terwijl de klachten verdwijnen. Ongeveer tegelijkertijd ontstaat de uitslag; voornamelijk op de romp en de nek met enkele efflorescenties op armen, dijen en voorhoofd. Het zijn bleek-rose vlekjes door gezonde huid gescheiden, die niet confluëren. De uitslag is vluchtig en verdwijnt in enkele uren. De prognose is volkomen faust. Het enige houvast voor de diagnose, buiten het exantheem, ligt in het bloedbeeld. Na de temperatuursdaling vindt men een leukopenie met een uitgesproken granulocytopenie, zes tot zesendertig procent. De lymfocyten zijn volkomen normaal. De vermindering der granulocyten blijft acht tot veertien dagen bestaan.

Roseola infantum kan onder het beeld van een gastroenteritis febrilis verlopen. Vaak begint de ziekte met stuipen; een gespannen fontanel en nekstijfheid worden herhaaldelijk gevonden; ook kan het verloop der ziekte aan een encefalitis doen denken met stupor en verlammingen. Ook in deze gevallen vertoont de liquor cerebrospinalis geen of zeer geringe afwijkingen. Het angstaanjagende ziektebeeld eindigt steeds en spoedig in volledige genezing.

Vindt men bij een zuigeling een koortsende ziekte gedurende drie à vier dagen met meer of minder malaise, gevolgd door een vluchtig exantheem na de crisis en granulocytopenie, dan is de diagnose roseola infantum praktisch zeker. In de koortsperiode wordt de diagnose nooit gesteld; men denkt aan otitis media of aan meningitis. In het eruptieve stadium moet worden gedifferentieerd met rubeola, die meer in epidemieën voorkomt; men vindt daarbij de bekende klierzwellingen en afwijkende lymfocyten. De exantheemen bij besmettingen door ECHO- of adenovirus verschijnen meestal tijdens de temperatuursverhoging, terwijl veelal conjunctivitis of ademhalingswegontstekingen optreden. Waarschijnlijk wordt de zesde ziekte door een virus veroorzaakt. Het virus is nog niet geïsoleerd. Antibiotica of chemotherapeutica zijn van nul en gener waarde.

In een ingezonden stuk schrijft B. Grenier: — (1963) *Presse méd.* 71, 2461 — Het is van belang de diagnose roseola infantum in het febrile stadium te stellen. Praktisch ieder kind krijgt tussen zes en vierentwintig maanden deze infectieziekte. Door het stellen van de juiste diagnose worden overbodige behandelingen met chemotherapeutica en antibiotica voorkomen. Bij ieder kind van een half tot twee jaar oud, dat uit volle gezondheid koorts krijgt zonder aantoonbare oorzaak, moet men aan roseola infantum denken. De kinderen maken geen zieke indruk en de eetlust blijft vrij goed. De moeders vertellen dat de oogleden wat opgezet zijn. Men vindt cervicaal en occipitaal matig gezwollen lymfklieren. In de mondholte ziet men vaak kleine blaasjes op het verhemelte bij de farynxbogen en rode tonsillen, zonder klachten. De trommelvliezen zijn vaak wat rood en dikwijls is er lichte diarree. N. Bessem.

EEN HANDBOEK VOOR DE HUISARTSGENEESKUNDE

Keith Hodgkin. Towards Earlier Diagnosis. A Family Doctor's Approach. E. en S. Livingstone Ltd. Edinburg en London 1963; 459 bladzijden, prijs 30 Sh.

Dit boek heeft een veel te bescheiden titel. De schrijver geeft namelijk een wonderbaarlijk volledig morbiditeitsoverzicht uit zijn huisartspraktijk, gebaseerd op gedetailleerde, systematische verslagen van elk contact met patiënten. Het vastleggen van ziektegegevens heeft de schrijver, sinds zijn eerste aanraking met zieken tijdens zijn opleiding, volgehouden. Hij beschikt hierdoor over gegevens van vijftienhalf jaar ziekenhuisgeneeskunde, een jaar pathologische anatomie

en dertien jaren huisartsgeneeskunde, waarvan drie jaar particuliere praktijk en tien jaar National Health Service. De huisartspraktijk omvatte gemiddeld 2.500 patiënten.

Op de frontpagina vindt men diagrammen, waaruit de kwalitatieve en kwantitatieve verschillen tussen ziekten in het ziekenhuis en aandoeningen, welke huisartsen zien, duidelijk blijken.

Het boek is verdeeld in twee delen en vier aanhangsels. Het eerste deel bevat algemene beschouwingen over huisartsgeneeskunde. Een vroege diagnose is noodzakelijk voor een goede medische behandeling. Doordat de huisarts de eerste is, die met de zieken in aanraking komt, is voor hem de kunst van het stellen van een vroege diagnose dus zeer belangrijk. Wij zullen allen met Hodgkin instemmen, dat „de” opgave voor iedere gezinsarts is de patiënten te helpen, die zich tot hem wenden; echter, vragen wij consequent na elke medische handeling: „heb ik deze zieke geholpen?”

Het werk van de gezinsarts berust op vier pijlers, de vier „P.R.'s.”:

prediction, voorspelling van het ziektebeloop, omvat diagnose en prognose;
prevention, voorkómen van de ernstige gevolgen van ziekte;
prescribing, behandeling van de gevolgen van ziekten;
preparation, voorbereiding van de zieke voor ziektegevolgen, die noch voorkómen, noch behandeld kunnen worden.

Na de algemene beschouwingen wordt in hoofdstuk II het begrip diagnose en de techniek van het stellen van een diagnose behandeld. Diagnose is een hypothese, welke voortdurend moet worden getoetst aan het verdere ziektebeloop. Na elk onderzoek en voordat verdere speciale onderzoeksmethoden worden gebruikt of een behandeling wordt ingesteld, moet onze diagnose worden neergeschreven. Bij elk verder contact kan deze voorspelling worden aangevuld of veranderd. Om een diagnose te kunnen maken moet men denken aan de diagnostische mogelijkheden, en deze mogelijkheden trachten door te denken in verband met het gegeven ziektegeval. De techniek van diagnostiseren berust op wederzijds vertrouwen tussen patiënt en dokter, anamnese, systematische ondervraging om vergeten symptomen op te sporen, onderzoek, het gebruik van speciale onderzoeksmethoden, laboratorium, röntgen en volledige ziektegeschiedenissen.

In hoofdstuk III geeft de schrijver behartenswaardige dingen over de waardering van klachten en symptomen bij huisartspatiënten. Hoofdstuk IV is gewijd aan de subjectieve reacties, die de beoordeling van klachten en verschijnselen, zowel van de kant van de patiënt, als van de dokter beïnvloeden. Het laatste hoofdstuk is getiteld „Anxiety and Psychoneurosis”. Hierin geeft Hodgkin beschouwingen over de invloed van emoties, spanning, ongerustheid en dergelijke op de ziektebeelden, die gezinsartsen te zien krijgen. Achtereenvolgens worden behandeld: ongerustheid, gespannenheid, neurotische depressie, hysterie, obsessie en fobie. Een bespreking van de oorzaken van „psychoneurose” en enige beschouwingen over suggestie en vertrouwen besluiten het eerste deel.

Het tweede deel geeft het morbiditeitsoverzicht, overzichtelijk gerangschikt volgens de internationale nomenclatuur van ziekteoorzaken. De cijfers hiervoor zijn voornamelijk ontleend aan de ziekteverslagen van de jaren 1955-1959. Van elke ziekte wordt aangegeven het vóórkomen per duizend en wel als vermoede en als bevestigde diagnose. Vroege diagnoses worden beheerst door vermoedens. Bij ziekten met weinig betrouwbare diagnostische criteria, influenza, of bij aandoeningen, die zo vroeg mogelijk moeten worden vastgesteld, tuberculose, carcinomata, appendicitis, is er een groot verschil tussen de frequenties van vermoede en bevestigde diagnose. De ziekten worden in elk hoofdstuk in drie groepen beschreven:

Vaak voorkomende aandoeningen met herkeningsproblemen: vermoeden meer dan één per duizend; bevestigingsfrequentie veel lager. Deze groep geeft de huisarts de meeste kopzorgen.

Vaak voorkomende en gemakkelijk te herkennen ziekten, dus met ongeveer gelijke vermoede en bevestigde frequentie.

De derde groep omvat in tabelvorm de ziekten met een vermoede frequentie van minder dan één pro mille.

Bij de bespreking van de aandoeningen in groep één en