

tig jaar nimmer werd tegemoetgekomen aan de steeds toenemende neiging tot passieve ontspanning en valse romantiek, kan men zeggen dat het blad zijn bestaansrecht heeft bewezen, temeer waar het niet wordt gesubsidieerd en ook geen verenigingsblad is. In de meeste nummers wordt een speciaal onderwerp in het centrum geplaatst, bijvoorbeeld bejaardenzorg, emigratie, woninginrichting, grote jongens en meisjes, vrijetijdsbesteding, het gehandicapte kind. Voorts zijn er vaste rubrieken over voeding, handenarbeid, huishoudelijke problemen, planten en bloemen, muziek, handwerk, terwijl elk nummer een of twee korte verhalen bevat. Jaarlijks verschijnen twaalf nummers met elk een omvang van 36 pagina's. Het blad is geïllustreerd met foto's en tekeningen en kost f 7,75 per jaar, welke abonnementsprijs echter in 1967 zal worden verhoogd.

De redactieraad van „Ons Gezin” is samengesteld uit personen, gekozen op grond van hun kwaliteiten en tevens om hun contacten op eigen terrein. Hierbij is gestreefd naar een zo veelzijdig

mogelijke samenstelling. De uitvoerende redactie is gevestigd, Van de Spiegelstraat 15, Den Haag, telefoon 070-603922. Aan dit adres zijn te allen tijde gratis proefnummers aan te vragen.

Een enige jaren geleden gehouden enquête heeft uitgewezen, dat de lezerskring van „Ons Gezin” voor een groot deel wordt gevormd door leraren, onderwijzers, artsen, verpleegsters, maatschappelijk werkers en predikanten, kortom door hen, die een verantwoordelijkheid dragen ten opzichte van hun medemensen. Een verantwoordelijkheid, waarbij „Ons Gezin” een helpende factor kan zijn, doordat het een veelzijdige oriëntatie geeft.

De redactieraad wordt gevormd door: E. Mesdag, J. G. Aalbers, M. Banning-Hoek, M. Brandenburg, Mr. H. N. J. Elzenga, Prof Dr. C. den Hartog, Zr. L. Kruisinga, M. A. Pieron-Duymaer van Twist, Drs. A. Stork, Prof. C. W. Visser, S. v. d. Woude-Blomhert. Redactie wordt gevoerd door: M. Macintosh, J. F. Wentzel.

M. Macintosh

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

65-51. Les dangers de l'investigation médicale moderne. *Chroniques*, (1965) *Presse méd.* 73, 575.

Deze kroniek verstrekt een overzicht uit de hedendaagse literatuur over voorvallen en ongevallen bij het moderne geneeskundige onderzoek door A. Paunesco-Podeanu gepubliceerd in (1964) *Médecine et Hygiène* 660, 910. Moderne onderzoekstechnieken kunnen zeer doeltreffend zijn voor diagnose en therapie, doch men moet voor ogen houden, dat al deze onderzoeksmethoden ingrepen zijn, welke de onderzochte schade kunnen berokkenen.

De gevaren van het röntgenonderzoek zijn reeds lang bekend. Het optreden van leukemieën en het ontstaan van sommige maligne tumoren en teratomen wordt toegeschreven aan herhaalde blootstelling aan röntgenstralen. Mechanische beschadigingen door radiologische exploraties veroorzaken perforaties van peptische ulcera na slikken van bariumpap en perforaties van het rectum na een bariumpap inloop. Bij splenoportografie is het optreden van miltruptuur beschreven. Het gebruik van contrastmiddelen kan gevaarlijk zijn. Cholecystografie zou vaak, wellicht steeds, leverfunctiestoornissen veroorzaken, welke meestal binnen enkele dagen verdwijnen. Pyelografie belemmert de nierfuncties en bronchografie verlaagt vrijwel steeds de ademhalingscapaciteit. Ernstige gevolgen kunnen ontstaan door te snelle inspuiting of door de kwaliteit van het contrastmiddel. Herhaalde inspuitingen geven soms sensibilisatie. Het middel kan giftig zijn. Het gebruik van Thorotrast heeft nogal wat ongelukken veroorzaakt; paravasculaire infiltraten, nierbeschadigingen, thorotrastomen. Lipiodol kan long-oleomen doen ontstaan en het kan sensibilisatieverschijnselen geven. Radio-isotopen kunnen per se gevaarlijk zijn.

In vele artikelen worden ongelukken ten gevolge van het gebruik van contrastmiddelen vermeld. Galblaas- en galgangonderzoek: cholangitis, galblaaswandnecrose, nierinsufficiëntie, sterfgevallen. Pyelografie: nierinsufficiëntie, 8,6 sterfgevallen per miljoen nierbekkenonderzoekingen, urinewegin-

fecties, later optredende hypertensie door interstitiële nierfibrose veroorzaakt door de bestraling van nierweefsel. Bronchografie: oliepneumonieën en lipogranulomen. Lymfografie kan de klieren beschadigen.

Systematische onderzoeken hebben aangetoond dat een arteriografie altijd hemodynamische en vasomotore gevolgen heeft. Beschreven zijn trombose, huidnecrosen, nierbeschadigingen en hartstilstand na arteriografie. Grotere risico's geven nierangiografie: nierinsufficiëntie; angiografie van de hersenvaten, vooral van de arteriae vertebrales: hersentrombose; coronairangiografie: longoedeem. De meeste gevaren brengt de aortografie met zich: altijd een vermindering van de bloeddorstrooming van de nieren met afname van de hoeveelheid glomerulusfiltrat en van één tot vijftienvintig procent ernstige gevolgen: aneurysma dissecans, paraplegie, acute nierinsufficiëntie, colongangreen, trombose, periarteriële hematomen, proteïnurie, oligurie, pararenaalabces en andere.

Onderzoeksmethoden met inbrengen van instrumenten zijn nooit onschuldig. Catheterisatie van de urinewegen geeft kans op infectie. De maagslang is niet gevaarloos, evenmin de slokdarmsonde. De gastroscoop kan oesophagus- en maagperforaties doen ontstaan, evenals mediastinale infiltraties en pneumoperitoneum. Door bronchoscopie zijn mediastinale infecties en perforaties teweeggebracht. Met de rectoscoop kan het rectum worden doorboord met fatale gevolgen. Laparoscopie kan debet zijn aan het optreden van bloedingen, peritonitis, emfyseem, collaps en boezemfibrilleren.

De narigheden ontstaan na puncties van de borstholte zijn zeer gering. Ook de lumbale punctie heeft zelden onaangename consequenties. Buikholtepuncties veroorzaken wel eens peritonitis; luchtembolieën kunnen de dood veroorzaken na een diagnostisch pneumoperitoneum. Punctie van een sinus maxillaris is wel eens gevolgd door infectie en embolie. Orgaanpuncties blijven gevaarlijk. Dodelijke ongelukken zijn beschreven na lever-, milt- en longpuncties. De nierbiopsie met de naald vertoont een staalkaart van ongewenste

gevolgen: arterioveneuze fistel, perirenaal hematoom, matig bij vijf tot tien procent en ernstig bij een half procent der puncties; nierbekkenbeschadiging, nierabces, hemaperitoneum, miltruptideur, nierinfarct, septichemie, enzovoort. De mortaliteit zou eentiende procent bedragen.

Men kan deze ongewenste gevolgen van de moderne onderzoeksmethoden in de geneeskunde in aantal doen afnemen door te bedenken, dat geen dezer methoden onschuldig is en dat zij alle gevaarlijk kunnen zijn. Voor elk onderzoek moet een duidelijke indicatie aanwezig zijn. Routineonderzoekingen zijn hiermede veroordeeld. De techniek moet foutloos zijn. Rekening moet worden gehouden met contra-indicaties. Van primair belang is de toestand van de mens, die moet worden onderzocht. Grondig onderzoek vóór toepassing van een ingrijpende onderzoeksmethode en bekendheid met de voorgeschiedenis van de patiënt is noodzakelijk.

N. Bessem

65-50. Diuretic therapy of primary lymphoedema. *Cattell, W. R., G. W. Taylor en D. Aitken (1965) Lancet II, 7407.*

Primair lymfoedeem is een betrekkelijk weinig voorkomende aandoening, waarbij zich, tengevolge van een aangeboren afwijking in het lymfevatensysteem, eiwitrijke vloeistof ophoopt in het subcutane weefsel. In ernstige gevallen kan operatieve behandeling van nut zijn. In minder ernstige gevallen worden in de regel steunkousen en hooglegging voorgeschreven. Over het effect van diuretica zijn de berichten in de literatuur niet eensluidend. Dit artikel is een verslag van een „double-blind cross-over” onderzoek van de behandeling van 27 patiënten met chlorothiazide. Twee moesten afvallen. De proef duurde 28 weken. Achttien patiënten verbeterden subjectief, maar bij slechts zeven waren er objectief (gewicht, beenomvang) enige verbeteringen van betekenis op te merken. Verder waren er nog drie patiënten, die aangaven geen verbetering te hebben gemerkt, maar wier benen toch duidelijk dunner waren geworden, zodat tenslotte maar tien van de 25 met chlorothiazide (driemaal per week 50 mg) duidelijk verbeterden. Bij deze patiënten bleef de verbetering bij voortgezet gebruik aanhouden.

Het was te verwachten dat diuretica bij deze oedemen, die primair worden veroorzaakt door ophoping van osmotisch actieve eiwitten, minder effect zouden hebben dan bij oedemen die worden veroorzaakt door onvoldoende retentie van natrium en water in de nieren. Sommige patiënten met primair lymfoedeem vinden dus baat bij diuretica, maar het is niet te voorspellen welke. Een proefbehandeling heeft dus zin.

J. G. Antvelink

65-57. Myocardinfarkt und psychischer Stress. *Heyden-Stucky, S. (1965) Schweiz, med. Wschr. 95, 1045.*

Tegen vele, gebaseerd op een te klein aantal patiënten, met name genoemde onderzoekingen met generaliserende en voorbarige conclusies, moet ernstig bezwaar worden gemaakt. Een voorbeeld van simplificatie is het door een onderzoeker geïntroduceerde „notenkraker-syndroom”, dat bij 67 procent van 78 mannen tot myocard- en/of coronair-aandoeningen zou hebben geleid, daar zij tussen twee tegengestelde krachten, beroep en familie, als in een notenkraker, onverbiddeijk waren vastgeklemd. Ook is het onjuist het proces dat tot het hartinfarct voert, zoals door Selye bij dieren met behulp van psychische en fysische stress — via hypofyse- en bijnierhormonen — zijn verwekt, op de menselijke coronair-trombose toe te passen.

Dat in de anamnese van patiënten met een hartinfarct vaker seksuele problemen voorkomen is even dubieus als een cholesterinespiegelstijging bij het opmaken van de belasting-aangifte. Bovendien wat de één als „stress” beleeft behoort door de ander niet ook zo te worden ondergaan. Gelijke stress-situaties, zoals een parachutesprong, extreem slaapgebrek, of een komende operatie zijn niet in staat gelijke vaatreacties bij hetzelfde individu op te wekken. Door deze

moeilijkheid subjectieve indrukken te objectiveren kan „stress” noch gedefinieerd, noch worden gemeten. Bovendien kan een psychische belasting voor bijna alle ziekten een etiologische factor zijn. Een sterk argument tegen de factor „stress” vormt het indrukwekkende feit dat in het naoorlogse Duitsland, zelfs aan de universiteitsklinieken, tot ongeveer 1949/50 de patiënten met een hartinfarct ontbraken ondanks de verloren oorlog, de bezetting, de strijd om het naakte bestaan, zorg over familie waar nimmer meer iets van werd vernomen en dergelijke. Zo loopt volgens de ene onderzoeker de huisarts in het medische beroep het grootste risico een hartinfarct te krijgen, terwijl hij volgens een andere — Engelse — onderzoeker duidelijk minder risico loopt, omdat hij meer lichaamsbeweging krijgt. De helft van de hartinfarcten treedt op gedurende de slaap of bij rust. Of men vrij is, aan het werk is, vakantie houdt of een verantwoordelijke positie bekleedt, dit is niet van belang voor het moment waarop het infarct optreedt. Bij reeds op grond van andere factoren gepredisponerde patiënten kan „stress” uiteraard wel een factor van betekenis zijn. Bij dergelijke patiënten is het zinvol preventief „stressvolle” omstandigheden te vermijden. Het is echter nog beter wanneer de moderne mens zich aan de „stress”, die het leven in de moderne maatschappij met zich brengt, leert aanpassen. Waarbij van profylactisch belang zijn: niet overmatig eten, drinken en roken en tijdige behandeling van verhoogde bloeddruk.

M. Sanders

65-55. Le risque diabétique. Place respective des épreuves de dépistage. *Deuil, R., C. Laurent et M. Magdelaine. (1965) Presse méd. 73, 1563.*

Opsporing van individuen, die het risico lopen diabetes mellitus te krijgen is nuttig, omdat suikerziekte frequent voorkomt — bij twee procent van de bevolking — en omdat diabetes altijd een ernstige aandoening is. Doel van de opsporing is bedreigde personen onder medische controle te brengen en eventueel te behandelen, vóórdat onherstelbare veranderingen zijn opgetreden.

Klinische opsporingsmethoden: vooral de gegevens van de erfelijkheid. Afstammelingen van lijdere aan diabetes vormen een bedreigde groep. Het is nog niet mogelijk dragers van het diabetische gen te ontdekken. Bijkomende klinische factoren zijn: vetzucht, aandoeningen van pancreas en galwegen, spontane hypoglykemie en monosymptomatische glucosurie. Ook suikerstofwisselingsstoornissen tijdens behandeling met corticosteroiden, thiazidepreparaten en progestatieve stoffen kunnen een aanwijzing zijn voor de aanwezigheid van een diabetisch risico. Pathologische zwangerschappen en micro-angiopathieën (bijvoorbeeld retinaafwijkingen) gaan vaak vooraf aan het manifest worden van diabetes mellitus.

Opsporingsmethoden voor bevolkingsonderzoek. Urine-onderzoek op glucose in een willekeurige portie heeft nauwelijks enige waarde; urine-onderzoek na een maaltijd geeft betere inlichtingen; het beste voldoet onderzoek van vieren-twintiguursurine, zoals dit in besloten gemeenschappen mogelijk is. Bepaling van het nuchtere bloedsuikergehalte heeft weinig opsporingswaarde. Meer inzicht geven bloedsuikerbepalingen vijf kwartier na een maaltijd. De waarde van deze opsporingspogingen is betrekkelijk.

Bij de individuele opsporingsmethoden blijft het onderzoek van urine van grote waarde. Vindt men reductie in de urine dan moet men bepalingfouten en de aanwezigheid van andere reducerende stoffen uitsluiten. Herhaald onderzoek van vieren-twintiguursurine moet aantonen, dat de glucosurie voortdurend aanwezig is. De ernst van de suikeruitscheiding kan worden beoordeeld door de berekening van de hoeveelheid glucose, welke per etmaal wordt uitgescheiden. De belangrijkste proef is de bloedsuikerbelastingcurve, mits nauwkeurig uitgevoerd. Men moet weten welke cijfers voor het laboratorium als normaal gelden; urine-onderzoek op glucose moet steeds worden gekoppeld aan de bloedsuikerbepalingen; wanneer tachtig milligramprocent als normale waarde geldt voor het nuchtere bloedsuikergehalte zijn waarden

van meer dan 160 milligramprocent na één uur en van meer dan 120 milligramprocent na twee uur abnormaal; bij bejaarden moet de bloedsuikerbelastingcurve voorzichtig worden beoordeeld; bij twijfel of bij de aanwezigheid van andere aanwijzingen enige keren de proef herhalen. De glucose-cortison-proef en de proef met tolbutamide intraveneus kunnen in bijzondere omstandigheden waardevol zijn. In de toekomst kunnen bepalingen over het lot van glucose in het lichaam, van het insulinegehalte in het bloed en van de vetstofwisseling wellicht nuttige opsporingsmethoden betekenen. (Zie ook referaat 63-02 (1963) huisarts en wetenschap 6, 340 en 64-19 (1964) huisarts en wetenschap 7, 398).

N. Bessem

65-59. Effects of acetylsalicylic acid, phenacetin, paracetamol and caffeine on renal tubular epithelium
Prescott, L. F. (1965) Lancet II, 91.

Nadat Spühler en Zollinger in 1953 voor het eerst nierbeschadigingen beschreven, die ze toeschreven aan overmatig gebruik van analgetica is er een groot aantal publikaties vanuit allerlei landen verschenen. Pathologisch-anatomisch is het beeld gekenmerkt door een chronische tubulusdegeneratie met verwijde, atrofische tubuli, lipofuscine-neerslagen en een verdikte basaalmembraan, terwijl hiermee vaak verschijnselen van een acute of chronische pyelonephritis met papilnecrose samengaan. Omdat in de meest gebruikte analgetische mengsels fenacetine voorkwam, sprak men van fenacetine-nephritis en werd een eventuele toxiciteit van de andere bestanddelen buiten beschouwing gelaten. In dierproeven lukte het slechts zelden door fenacetine nierafwijkingen te veroorzaken.

In dit artikel wordt een vergelijkend onderzoek van de effecten van een aantal analgetica en placebo's op de uitscheiding van tubuluscellen, leukocyten en erythrocyten beschreven. Een stof die toxisch is of waarvan een metabooliet toxisch is voor het nierepithelium kan celnecrose veroorzaken. Dit leidt tot een verhoogde uitscheiding van tubuluscellen in de urine. Uit een vroeger onderzoek van de schrijver was gebleken, dat de uitscheiding van tubuluscellen bij gezonden vrij constant is, terwijl het aantal leukocyten nogal wisselt. In het ongekleurde sediment zijn zij moeilijk te onderscheiden, maar met een geschikte kleuring zijn zij wel afzonderlijk te tellen.

Het onderzoek omvatte dertig gezonde mannen en dertig gezonde vrouwen, die minstens zes weken geen analgetica hadden gebruikt. Dagelijks werd de uitscheiding over 24 uur van de genoemde celsoorten bepaald. De eerste vijf dagen werd niets gegeven en daarna gedurende vijf dagen 3,6 gram acetosal of 3,6 gram fenacetine of APC (acetosal 1,8 gram, fenacetine 1,8 gram en coffeënicitraat 1,2 gram) of 2,4 gram coffeënicitraat of 3,6 gram paracetamol of een placebo, alles in tabletvorm. De analyste die het urine-onderzoek deed wist niet welke tabletten waren gebruikt.

Het bleek nu dat alle proefpersonen die acetosal hadden ingenomen een sterke verhoging hadden van het aantal uitgescheiden tubuluscellen en erythrocyten, terwijl vijf van de tien die APC hadden gekregen dezelfde veranderingen toonden, maar in mindere mate. Van de tien proefpersonen die fenacetine hadden ingenomen, vertoonden twee een sterke stijging, terwijl de uitscheiding bij de anderen niet significant steeg. Coffeïne en paracetamol veroorzaakten slechts onbelangrijke veranderingen. Bij geen van de proefpersonen trad albuminurie op. De leukocytenuitscheiding veranderde niet.

Hoewel in deze kortdurende proeven natuurlijk niet bewezen kon worden dat chronisch gebruik van analgetica tot een chronische nieraandoening kan leiden, is aangetoond dat vooral acetosal de nier niet onberoeft laat. Het is aannemelijk dat chronisch gebruik hiervan nierafwijkingen kan geven en dat verschillende stoffen — en niet alleen fenacetine — dit effect hebben.

J. G. Antvelink

Boekbesprekingen

H. Roelink. Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk. Dekker en Van de Vegt n.v., Utrecht - Nijmegen, 1965

In dit proefschrift beschrijft Roelink de resultaten van een groepsonderzoek, verricht door negen leden van het Centrum Arnhem van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Voorzover ik kon nagaan is dit de eerste maal, dat dit voor de huisarts zo belangrijke onderwerp vanuit de algemene praktijk op een dergelijke, wetenschappelijk verantwoorde, wijze werd bestudeerd. Het door de schrijver genoemde onderzoek van de British Medical Research Council (1957) omvat weliswaar eveneens een groot aantal patiënten (1162, tegen Roelink: 1144), maar kan in wetenschappelijk opzicht de vergelijking met het onderhavige proefschrift niet doorstaan. Naast enkele kleinere onderzoeken uit de algemene praktijk (onder andere Löwe c.s., 1963), vindt men verder slechts mededelingen van specialistische zijde, vaak dan nog over een enkel aspect van deze ziekte. Het is derhalve verheugend dat de negen collega's uit Arnhem en omgeving de volharding hebben kunnen opbrengen om gedurende een jaar een groot aantal gegevens te verzamelen betreffende hun patiënten met een acute middenoorontsteking.

De bewerking van deze gegevens moet veel tijd en denkwerk hebben gekost. Het stemt tot voldoening dat Roelink desondanks erin geslaagd is in een plezierig leesbaar betoog de resultaten van dit onderzoek helder en bondig samen te vatten. Het is begrijpelijk dat in de kring van het Nederlands Huisartsen Genootschap voor het groepsonderzoek als vorm van wetenschappelijk werk veel belangstelling bestaat. Vaak zal het slechts op deze wijze mogelijk zijn een voor statistische bewerking voldoende aantal gegevens te verzamelen. Naast dit voordeel kent deze vorm van onderzoek ook nadelen, hoofdzakelijk als gevolg van het feit, dat het onderzoek niet in één hand is, terwijl het contact tussen de verschillende deelnemers noodgedwongen vaak weinig frequent is. Terecht merkt de schrijver dan ook in het begin van zijn studie reeds op, dat een goed onderzoek slechts mogelijk is, wanneer de diagnose acute middenoorontsteking voor alle deelnemers dezelfde inhoud heeft. Men kwam overeen dat het trommelvliesbeeld bepalend zou zijn voor de diagnose, in die zin, dat duidelijke ontstekingsverschijnselen van het trommelvlies wezen op een otitis media acuta. De beoordeling van het trommelvlies is soms echter niet eenvoudig, zeker niet bij jonge kinderen en zuigelingen; het onderscheid tussen een beginnende otitis media en een tubair-catarre is vaak op grond van het trommelvliesbeeld alleen niet te maken. Hetzelfde geldt voor het onderscheid tussen otitis media acuta en myringitis, welke aandoening volgens de auteur niet in het onderzoek werd opgenomen. Het lijkt mij dan ook waarschijnlijk, dat een aantal malen ten onrechte de diagnose acute middenoorontsteking is gesteld. Als argumenten voor deze bewering zou ik de gegevens van bladzijde 42 en volgende willen noemen: het percentage afebriel verlopende gevallen komt mij ongewoon hoog voor (31%), het percentage met oorpijn verlopende gevallen ongewoon laag (18%), terwijl bij 88 patiënten (dit is bijna 8%) geen enkel van de volgens de schrijver drie belangrijkste symptomen (koorts, oorpijn en voedingsstoornis) voorkwam. Deze door de aard van het onderzoek haast niet te vermijden onnauwkeurigheid neemt echter niet weg, dat een aantal interessante gegevens beschikbaar is gekomen. Het zou in het kader van deze bespreking te ver voeren, hierop uitgebreid in te gaan. Men leze dus zelf dit proefschrift.

Een enkel punt wil ik wat nader belichten. Uit tabel 26 blijkt dat bij het toenemen van het aantal recidieven het percentage patiënten, bij wie adenotomie, tonsillectomie of adenotonsillectomie werd verricht, stijgt. Hieraan wordt de conclusie verbonden, dat dit zeker niet pleit voor een verbetering van de recidiefkans onder invloed van deze ingrepen. Dit is in strijd met de ervaring van de k.n.o.-arts, die vooral van de adenotomie vaak een heilzame invloed op de otitis media acuta ziet. Bovendien ben ik van mening dat bovengenoemde conclusie niet mag worden getrokken