

het kan geen leerboek vervangen en naast een leerboek zal het teveel herhaling geven. Voor wat de huisarts betreft zijn de schrijvers in deze bedoeling echter voortreffelijk geslaagd. Het boek kan dan ook ten zeerste worden aanbevolen.

H. van Osch

H. R. M. de Haan. Geneesmiddel Compendium. Vierde druk, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1965, 650 bladzijden, prijs f 35,—.

Bij het schrijven van een recept, zelfs als dit een routine-recept is, wil men zich graag ervan bewust zijn, wat men voorschrijft. Bij onderzoek blijkt wel eens, dat achter een merknaam een stof verborgen is, die onder vele namen en onder haar „generic name” kan worden voorgeschreven of dat het een combinatie is van stoffen, die men evengoed anders kan combineren. Men kan dan ook nagaan, of een der factoren van een samengesteld middel bij kort- of langdurig gebruik nevenreacties kan veroorzaken. Het opzoeken van deze gegevens is meestal niet gemakkelijk, daar zij verspreid zijn over verschillende bronnen (brochures van de industrie in zeer verschillende formaten; Pharmacotherapeutisch Vademecum en/of Geneeskundig Jaarboekje; „de Pharmaceutische Gids”).

Het hierboven genoemde compendium geeft een zo volledig mogelijk overzicht van stof- en merknamen. Het geeft geen waarde-oordeel.

Wanneer men een merknaam opzoekt, vindt men de stofnaam. Indien men daarna bij de chemische naam zoekt, vindt men een opgave van de verschillende merknamen en van de afleveringsvormen, vaak ook van de doses. Voor een goed beeld zijn dus meestal twee trefwoorden nodig. In de chemische nomenclatuur is eenheid gebracht door de apotheker Weenink.

De bladzijden 618 tot en met 650 worden ingenomen door een alfabetische lijst van fabrieken met het land van vestiging en het adres — of dat van de importeur — in Nederland en België.

Het boekje is gemakkelijk te hanteren en voorziet in een behoefte, hetgeen wel blijkt uit het feit, dat de vierde druk nu is verschenen.

R. Bollegraaf

J. H. Baaij. Sociale geneeskunde. J. B. Wolters, Groningen, 1965, Tweede Druk, 140 bladzijden, prijs f 7,50.

In dit boekje wordt een beknopt, maar vrijwel volledig, overzicht gegeven van de ingewikkelde structuur van de gezondheidszorg in ons land. Als zodanig is de titel — Sociale geneeskunde — wel wat te veelbelovend.

Voor wie behoefte heeft aan een dergelijke inleiding is het zeker aan te bevelen. Dat er na drie jaar al een tweede druk nodig is wijst er wel op dat er vraag naar is. Voor de geïnteresseerde huisarts geeft het mijns inziens te weinig.

J. G. Antvelink

Zoönoses. Onder redactie van J. van der Hoeden, Elsevier Publishing Company, Amsterdam, 1964, 774 bladzijden, prijs f 110.—.

In dit prachtig uitgegeven boek worden meer dan honderd ziektebeelden besproken die tussen gewervelde dieren en de mens op natuurlijke wijze worden overgebracht. Er is bij de bespreking van iedere ziekte vooral de nadruk gelegd op de pathogenese, de epidemiologie en de preventie.

Dat de helft van de meer dan twintig auteurs vrijwel geheel uit Israël komt en de andere helft uit Nederland, vindt zijn oorzaak in het feit dat de Nederlandse Professor Van der Hoeden naar Israël emigreerde.

Iedere huisarts die weleens een vaktechnisch gesprek gevoerd heeft met een dierenarts zal beseffen hoe belangrijk de zoönoses zijn. Het boek kan iedere huisarts ter lezing worden aanbevolen, het bevat veel leerzame stof en is uiteraard up to date: ook de anisakiasis, de infectie met de worm uit de groene haring, komt ter sprake.

G. J. Bremer

Verslagen

STUDIEDAG AANWINSTEN COMMISSIE VOOR DE ARTSENCURSUS ROTTERDAM

Op 6 november 1965 organiseerde de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam de jaarlijkse studiedag in het Dijkzigt Ziekenhuis. Enige honderden deelnemers luisterden er naar een serie voordrachten onder de titel „Aanwinsten”. De meeste van deze voordrachten zouden het beste in hun geheel kunnen worden afgedrukt, maar uw verslaggever zal trachten dat wat essentieel leek hier weer te geven zonder het totale verband te verliezen, wat niet zo gemakkelijk is, daar enkele voordrachten zeer uitgebreid waren.

De rij van sprekers werd geopend door Dr. H. M. van Praag met een voordracht over de medicamenteuze behandeling van depressies. Spreker ging uit van twee grote groepen: de vitale depressies (v.d.) en de personale depressies (p.d.), waarbij het verschil gelegen is in het al dan niet aanwezig zijn van een motief. Daarnaast kenmerkt de v.d. zich in een vroeg stadium door het ontbreken van droefheidsgevoelens, stoornissen in de psychomotoriek in de zin van een remmingstoestand, die soms in agitatie kan omslaan. Verder bestaat er een hypesthesie: dit is het niet meer kunnen opbrengen van een affect. In extreme vorm wordt dit ervaren als gevoelloosheid (melancholia agitata). Daarnaast kunnen patiënten somatische verschijnselen vertonen, die soms op de voorgrond staan, bijvoorbeeld vermoeidheid. Dit vertraagt, aldus inleider, de gang naar de zenuwarts (maar dat neemt niet weg dat deze patiënten toch eerst somatisch moeten worden nagezien, ref.). Bijna pathognomonisch voor de v.d. is de dagschommeling: 's avonds gaat het beter.

Wat betreft de therapie behoeft de lijder aan p.d. psycho- en/of socio-therapie. Neuroleptica (onder andere Largactyl) of ataractica (onder andere Librium en Valium) kunnen symptomatisch hierbij van nut zijn, daar deze middelen de distantie van de patiënt tot zijn symptomen bevorderen en secundair wordt de stemming beïnvloed. Ze zijn te onderscheiden van de antidepressiva, welke bij de v.d. worden gebruikt. Sorteren deze onvoldoende effect, dan is electroshock aangewezen. Men onderscheidt twee groepen antidepressiva: tricyclische, welke uit de neuroleptica zijn voortgekomen (Tofranil, Tryptizol) en M.A.O.-remmers, welke stoffen zo heten ondanks het feit dat er onvoldoende bewijzen zijn dat ze hun werking inderdaad ontlenen aan het remmen van de afbraak van mono-aminen. Beide groepen dienen voorzichtig te worden gegeven en nooit tezamen (collaps). Ze geven allebei stemmingsverbetering, maar de M.A.O.-remmers activeren de psychomotoriek, terwijl de tricyclische verbindingen nog enig sedatief ontspannend vermogen hebben. De M.A.O.-remmers zijn geïndiceerd bij v.d. waarbij de remming overweegt en de tricyclische daar waar de remming schuilgaat onder agitatie. Men moet minstens een tot twee weken wachten op het effect en ophouden als na zes weken blijkt dat er inderdaad geen werking merkbaar is.

De lezing van de chemicus Dr. B. J. Leynse over moderne laboratoriummethoden voor de huisarts was een mengeling van humor en ernst. Wij willen trachten hier enkele opmerkelijke door spreker signaleerde verschijnselen naar voren te halen. Vele laboratoriummethoden worden steeds eenvoudiger, maar dit houdt niet in dat dergelijke methoden dan ook zo maar door de arts kunnen worden gebruikt. Dit is soms verklaarbaar, maar soms ook niet (zo is er bijvoorbeeld nog steeds geen routine phenistixbepaling op grote schaal). Ook geniet de methode, welke de beste is, niet altijd de voorrang omdat vele andere factoren meetellen tot zelfs het motief: „daaraan zijn wij nu eenmaal gewend”. Wij leven in een tijdperk dat het laboratorium meer kan leveren dan de arts wenst. Vraag is: wat wil de arts van het laboratorium? Bevestiging van de diagnose welke men vermoedt of een groot aantal bepalingen laten doen en zien wat eruit komt? Men zal zijn houding dienen te bepalen, daar de tijd niet ver meer is dat het laboratorium zo niet alles dan toch zeer veel van de patiënt zal kunnen bepalen.

Dr. G. J. van Weerden besprak daarna de betekenis van de kunstmatige ventilatie (k.v.) bij de behandeling van de chronisch aspecifieke respiratoire aandoeningen (CARA). Slechts diegenen worden behandeld, waarvan mag worden verwacht dat zij na de behandeling weer zelf zullen kunnen ademen en een dragelijk leven leiden. Na uitvoerig ingegaan te zijn op de factoren welke een rol spelen bij het tot stand komen van een crisis in het leven van een dergelijke patiënt, besprak inleider de gevolgen, welke k.v. heeft bij manifeste of dreigende ventilatoire insufficiëntie. Deze gevolgen komen neer op: minder melkzuurproductie, ontlasten van het rechter hart, vermeerderde diurese, pH-evenwicht gevoeliger voor de CO₂-spanning, waarmee de ademhaling beter wordt gereguleerd. Mechanisch beademde patiënten mogen dus wel zuivere O₂ hebben, zodat melkzuur sneller wordt verbrand. Deze patiënten mogen thuis nooit continu zuurstof en geen ademhalingsstimulantia. Na een k.v. is de voornaamste zorg dat patiënt niet meer in een crisis komt. Spreker bereikte goede resultaten met een- tot driemaal per week behandeling gedurende acht tot tien uur in de ijzeren long. Dit geeft geen genezing, maar wel vaak een veel dragelijker leven, ja soms betekent het voor de patiënt weer een actief invoegen in de maatschappij. Helaas moeten patiënten, die soms dringend in aanmerking komen, worden geweigerd wegens gebrek aan ruimte, apparatuur en personeel.

Niet minder belangwekkend en zeer actueel was de lezing van professor Plate over orale anticonceptie. Het werkingsmechanisme van deze stoffen is nog onzeker (terwijl het erop lijkt dat het bij verschillende vrouwen verschillend werkt, ref.). De verschillende opvattingen over de werking zijn: de hypofyse maakt minder gonadotrofe stoffen; het ovarium zou ongevoeliger zijn voor gonadotrofe stoffen; het cervixslijm verandert en de spermatozoiden kunnen er niet door; in-nesteling van een bevruchte eikel wordt verhinderd. Aangezien de bijwerkingen voldoende bekend zijn, volstaan wij met het noemen van de contra-indicaties: puberteit, climacterium, lactatie, leverziekten, hypertensie, diabetes, geopereerd mamma-carcinoom en myomen. Blijvende schade zou niet zijn bewezen bij goede controle; de ervaring is echter nog te kort. Gevallen van blijvende amenorrhoea zijn beschreven.

Spreker demonstreerde dia's van een bij operatie verwijderd ovarium van een patiënte die lange tijd ovulatie-remmers had gebruikt. Dit ovarium vertoonde veranderingen in de zin van het Stein-Levinthalsyndroom. Dit is reeds vaker signaleerd.

Men dient te controleren, bloeddruk, gewicht, urine (reductie); verder toucheren en speculum-onderzoek indien nodig. In de toekomst zal het mogelijk zijn met een injectie per maand zwangerschap te voorkomen, wat in gevallen van weinig ontwikkelde of geestelijk eenvoudig gestructureerde mensen waarschijnlijk een uitkomst zal zijn.

* * *

Na de — zoals gewoonlijk goed verzorgde — lunch trad als eerste spreker van de middag professor Struben op met zijn lezing over gehoorverbeterende operaties, welke ingrepen alleen voor het middenoor mogelijk zijn. Het verschil in beengleiding (functie binnenoer) en luchtgeleiding (middenoor) bepaalt wat men bereiken kan. Dankzij verbeterde techniek en instrumentarium ontwikkelden zich na de oorlog, naast radicaalholte-operatie, meer reconstructieve methoden, zoals de myringoplastiek, tympanoplastiek (reconstructie van het cavum tympani), stapedectomie (fascielap direct op ovale venster) en — beter dan dit laatste — de interpositie (kunststapes maken en met vene-lapje bedekken). In twee procent van de operaties ziet men of geen verbetering of beschadiging van de nervus facialis, of beschadiging van het labrynth met uitval van het gehoor.

Een zeer uitgebreide verhandeling over het meten van de centrale veneuze druk gaf Dr. J. Gerbrandy. Uitvoerig schetste spreker de voorwaarden, waaraan een goede meting moet voldoen en vervolgens de klinische betekenis van de meting. Bij acute of chronische toename van het bloedvolume zal de centrale veneuze druk (c.v.d.) stijgen en bij afname weer dalen. Er is samenhang tussen hartkracht en c.v.d. Zo zal bij

een infarct de c.v.d. stijgen en bij digitaliseren dalen en zo zal er ook een samenhang zijn tussen c.v.d. en decompensatio cordis. Wordt de hartkracht kleiner dan wordt het hartminuutvolume kleiner, wat leidt tot retentie van water en zout; hierdoor wordt het bloedvolume groter en stijgt de c.v.d. en wordt het hartminuutvolume weer groter (volgens een vijftig jaar geleden door Starling reeds vastgesteld lineair verband). Dit mechanisme is nuttig tot op zekere hoogte, want als de c.v.d. nog meer stijgt, dan wordt het minuutvolume weer kleiner. Verder krijgt men een indruk van de hartreservekracht als men de c.v.d. meet voor en na inspanning. Bij normale mensen blijft dit gelijk maar in geval van dreigende decompensatio cordis gaat de c.v.d. omhoog evenals druk op de leverstreek een stijging geeft van enkele centimeters. Tenslotte zal men bij lijdens aan pericarditis constructiva de c.v.d. bij inspanning zien stijgen in plaats van dalen en zal in geval van het vena cava superior-syndroom de jugularisdruk zeer hoog kunnen worden en zal men de venepols niet meer zien.

Men komt onder de indruk van de hoeveelheid klinische informatie, welke een dergelijke schijnbaar eenvoudige methode verschaft. Alleen jammer dat men er een jarenlange ervaring voor nodig heeft, voordat men deze methode kan hanteren. Bovendien is de veneuzeboog waarmee men de meting verricht, niet meer verkrijgbaar. Degenen die tot nu toe dachten schattenderwijze een redelijke indruk van de veneuze druk te kunnen krijgen bij de liggende patiënt, zullen er dus toch maar zo mee door moeten gaan, zij het met twijfel aan de nauwkeurigheid der meting, (ref.).

Tenslotte hield Dr. A. A. W. van Lier een lezing over de beïnvloeding van hartziekten met electriciteit. Uitvoerig stond hij stil bij de electrofysiologie van het hart om vervolgens in te gaan op de kliniek van het ventrikelfibrilleren, wat kan optreden bij coronaire circulatiestoornissen, maar ook bij gebruik van digitalis, welk middel het automatisch uitzenden van prikkels door de kamer bevordert. Cave extrasystolen, die ontstaan tijdens digitalis-therapie. Ook chinidine kan ventrikelfibrilleren veroorzaken, vooral bij patiënten met geleidingsstoornissen (block), verder hypokaliëmie (diuretica) en tenslotte, hoewel zelden voorkomend als oorzaken, narcose en operatie.

Het doel van het elektrisch defibrilleren is nu met één klap alle elektrische activiteit van het hart te stoppen (dus alle cellen tegelijkertijd te depolariseren), zodat het hart zijn normale activiteit kan hervatten. Men kan als eerste hulp toepassen: vuistslag op de borst, uitwendige hartmassage en mond op mond-beademing. Als hartstilstand langer dan vier minuten heeft geduurd, dient men niet meer te reanimeren. Behalve ventrikelfibrilleren kan ook asystolie mors subita geven. Meestal is er dan al een geleidingsstoornis in de bundel van His, bijvoorbeeld block door diverse oorzaken.

Indicaties voor de pacemaker zijn: aanvallen van Adams Stokes, decompensatio cordis door te langzaam ritme of klachten van langzaam ritme (zwakte, duizeligheid of soms angina pectoris); verder multipole ventriculaire extrasystolen, ventriculaire tachycardie bij block en tenslotte frequentie kleiner dan 30 tot 40 slagen per minuut. De leeftijd van de patiënt vormt geen contra-indicatie.

Tenslotte besprak de inleider de atriumfibrillatie en de cardioversie (defibrilleren van de boezems). Men behandelt overeenkomstig de oorzaak (coronairsclerose, mitraalvitium, hyperthyreose, hypertensie). In driekwart van de gevallen is er succes, maar recidieven ziet men vaak (30-35 procent). Ook ventriculaire en supraventriculaire tachycardie zijn met succes met cardioversie behandeld. Tenslotte werd gewezen op de „paired stimulation”, waarbij het mogelijk is twee prikkels tezamen kort na elkaar te geven, zodat de contracties groter worden.

Hiermee eindigde deze studiedag in het altijd gastvrije Dijkzigt Ziekenhuis. Ruim tweehonderd deelnemers demonstreerden het feit dat dergelijke dagen in een grote behoefte voorzien. Moge hun aantal de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, de sprekers en de gastheer met zijn medewerkers voldoening schenken voor de inspanningen, welke ieder zich heeft getroost.

E. van der Does