

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

„FARMACOGENE” AGRANULOCYTOSE BIJ GRIEP

Bij vier van de ruim 80 patiënten die met griep en complicaties in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg werden opgenomen, bleek een sterke depressie van de granulocytenproductie te bestaan. Bij twee hunner moest de dodelijke afloop daarmee in verband worden gebracht. Met grote waarschijnlijkheid was de agranulocytose bij twee patiënten toe te schrijven aan het gebruik van Pyramidon-bevattende geneesmiddelen, beide malen op eigen initiatief. Bij de andere was het verband niet te achterhalen.

Het zeer verspreide ge-(mis-?)bruik van allerlei patentgeneesmiddelen door onze, met een geraffineerde, hardnekkig volgehouden reclame farmacofiel gemaakte bevolking, maakt het nodig, met deze complicatie rekening te houden en bij ernstiger beloop van de griep nauwkeurig navraag te doen naar gebruikte huismiddeltjes en ten spoedigste een bloedbeeld te maken.

Tilburg, 7 oktober 1957

J. B. STOLTE

INFLUENZA

Het hieronder gemelde is gebaseerd op gegevens, zoals deze uit het gehele land op de Interne afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Leiden (Prof. Dr. J. MULDER) en op de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid binnenkomen.

De influenza is thans in epidemische vorm over het gehele land verspreid; de hoogste ziektecijfers worden daarbij gemeld uit scholen. Op grond van opgaven der huisartsen kan het aantal dagelijks waargenomen gevallen op ongeveer 100.000 worden gesteld. Met de uit autopsie-materiaal en aangiften bekend geworden sterfgevallen is de letaliteit voorlopig te berekenen op omstreeks 1 tot 2 per 10.000 ziektegevallen. De epidemie heeft dus ongetwijfeld een goedaardig karakter, hoewel het totale aantal sterfgevallen, waarbij de influenza van betekenis is, geenszins mag worden onderschat.

In de gegevens der autopsieën (102 sterfgevallen tot 7 oktober 1957) overheerst de sterfte onder de jeugdige personen (67 = 66 pct); doch van 76 sterfgevallen die langs administratieve weg over een week bekend zijn geworden, waren er slechts 30 (39 pct) jonger dan 40 jaar. Waarschijnlijk leidt dus een ernstig beloop van de ziekte bij ouderen niet zo vaak tot opname in een ziekenhuis.

Steeds meer blijkt dat er een aantal factoren is, dat een ongunstige invloed op het beloop van de ziekte heeft, nl. bestaande hart- en longafwijkingen (van 102 autopsieën werd in 9 gevallen mitralis stenose gevonden) en naar het schijnt ook de zwangerschap. Verder is het aantal sterfgevallen onder adolescenten (10-19 jaar) betrekkelijk groot: van 30 overledenen onder de leeftijd van 40 jaar in de week van 29 september tot 5 oktober behoorden er 15 tot deze groep.

Staphylococcus aureus neemt een uitermate belangrijke plaats in bij de verklaring van de oorzaak van overlijden: in 35 gevallen waarbij het influenza-virus na de dood uit de long werd gekweekt, werd 24 maal ook deze stafylokok geïsoleerd. Over de herkomst van deze stafylokokken bestaat nog niet voldoende zekerheid. In enkele gevallen was contact van de influenza-patiënt met een lijder aan staphylococcosis aantoonbaar, vaak was zulks niet het geval. Het kan van groot belang zijn te speuren naar contact met stafylokokken buiten het gezin van de patiënt.

Resumerend mag men stellen, dat er onder de talrijke lijders aan ogenschijnlijk goedaardige influenza enkelen zijn, die de bijzondere waakzaamheid van de behandelende arts vragen: patiënten met een bestaande hart- of longaandoening, zieken met complicerende pneumonieën (in het bijzonder de gene die zijn veroorzaakt door stafylokokken welke in enkele uren tot de dood kunnen leiden) en tenslotte de zwangere die influenza krijgt.

Ik verzoek de artsen nogmaals dringend, de sterfgevallen van influenza te melden aan de provinciale inspecteurs van de volksgezondheid (of de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst) door middel van de aangiftekaart voor besmettelijke ziekten. Op deze wijze beschik ik tijdig over gegevens die onontbeerlijk zijn voor een juist inzicht in de stand van zaken.

's-Gravenhage, 11 oktober 1957

C. BANNING,
Geneeskundig Hoofdingspecteur
van de Volksgezondheid

AMBULANTE BEHANDELING VAN DE MAAG- EN DUODENUMZWEER

Zeker mogen wij collega BURKENS dankbaar ervoor zijn, dat hij nog eens (DEKKERS 1955) de nadruk erop legt, dat niet ieder vastgesteld ulcus een rustkuur behoeft, en dat dus de nog bij vele artsen, onder wie ook internisten, bestaande kortsluiting: ulcus = rustkuur, dringend om herziening vraagt. Automatische is ongewenst bij iedere vorm van therapie — zeker bij de zo veelvuldig voorkomende ulcusziekte, die schijnbaar zo grillig verloopt — ook al in verband met de ook door BURKENS genoemde economische gevolgen (onnodig verlies van arbeidsproductiviteit door onnodige bedrustkuren).

Over de indicatie moge daarom iets naders worden gezegd. Het spreekt vanzelf dat men de patiënt met een bloedend ulcus met bedrust moet behandelen, bij voorkeur in een kliniek, mede ten einde tijdig een eventueel noodzakelijke chirurgische therapie te kunnen instellen, iets wat nog niet iedere opnamecontrole-arts schijnt in te zien. Van de mogelijkheid, een „dreigende perforatie” te herkennen, zijn wij, in tegenstelling met BURKENS, niet overtuigd.

Moeilijker wellicht nog is het stellen van de indicatie op de ernst van de pijn, aangezien het vormen van een goede indruk hieromtrent een goed vermogen tot aanvoelen, en een zeer nauwkeurige tijdrovende anamnese vergt. Duur, begin, einde, tijdstip en veelvuldigheid van de pijnperiodes, verband met voorafgaande maaltijden, intensiteit, karakter van de pijn, moeten hierbij alle in aanmerking worden genomen; een bruikbare methode daartoe is, de patiënten een week lang nauwkeurig te laten noteren wat zij voelen en wat zij eten. Soms blijken de aanvankelijk als ernstig opgegeven klachten onbelangrijk te zijn, en omgekeerd. Dit hangt in hoge mate af van de wijze waarop de patiënt zijn klachten psychisch verwerkt (hetgeen iets anders is dan dat de ulcusziekte zelf langs psychosomatische weg zou ontstaan). De schijnbare grilligheid der klachten is voornamelijk een gevolg van de psychische instelling van de patiënten, hetgeen waarschijnlijk heeft bijgedragen tot het ontstaan van de — ook volgens de psychosomatici (GROEN) nog steeds onbewezen — werkhypothese, de psychosomatische theorie.

Ook de wijze waarop de patiënt tegen ziekte en haar geldelijke gevolgen is verzekerd, is van invloed. Het is algemeen bekend, dat de onverzekerde zelfstandige kleine ondernemer ondanks hevige pijn, ja zelfs een flinke bloeding, verzoekt aan het werk te mogen blijven, terwijl de werk-

nemer die 100 pct ziektegeld krijgt uitgekeerd, ondanks het tegenwoordige gebrek aan arbeidskrachten, na analyse van zijn soms lichte klachten, zes weken thuis gaat „kuren”.

Een geheel andere vraag is, of een bedrustkuur in het geheel wel enige zin heeft. Het nut van een kuur, vergeleken met ambulante behandeling, is, voorzover ik weet, nog nooit bevredigend statistisch met grote reeksen vergelijkbare gevallen aangetoond. Wel is het uit de literatuur bekend, dat de recidiefkans na iedere vorm van interne therapie 80 à 90 pct bedraagt (SANDWEISS); het adagium „once an ulcer, always an ulcer” heeft blijkbaar nog niets van zijn waarde verloren. Het ulcus zelf geneest in het algemeen spoedig en gemakkelijk, de ulcusziekte vrijwel nimmer. Een calleus, penetrerend (oud) ulcus ventriculi late men spoedig reseceren, ook omdat men vrijwel nooit zeker weet of het wel geheel goedaardig is (DEKKERS en KNAPE).

Een andere vraag is: „Wat moet nu eigenlijk rusten, de patiënt of diens maag?”. Rust de maag inderdaad meer bij bedrust met het klassiek melk-papdieet? Of rust dit orgaan meer als wij het minder arbeid laten doen dan waarvoor het is bestemd — de voorbereiding van de spijsen ter verdere vertering in de darm — door minder voedsel toe te dienen, of een voeding te geven waaraan de maag niets heeft voor te bereiden en die geen secretie van HCl-pepsine behoeft en verwekt (HOLLANDER)? Dit te meer, omdat peptisch maagsap (HCl) een der belangrijkste factoren (zo niet de enige factor) is die het ulcus doet ontstaan en onderhoudt (KIRSLIN en PALMER en anderen). Het enige dat elke therapie, soms onbewust, nastreeft, is terecht neutralisatie van gevormd zuur, beter nog, voorkomen dat zuur wordt gevormd. Wij moeten derhalve geen proteïnen geven, dus ook geen melk (PRICE e.a. 1956), geen kaas, en ook geen vet en boter (die eveneens, al is dit minder bekend, zuursecretie veroorzaken), doch wel alleen koolhydraten (brood, aardappelen, rijst), groenten, fruit, jam, honing enz.

In tegenstelling met BURKENS acht ik dus het geven van melk een kunstfout, evenals het geven van veelvuldige voedingsen, aangezien ook deze herhaalde lediging veroorzaken; de pijn bij ulcus duodeni komt tijdens de lediging op (en niet bij lege maag), door chemische prikkeling van de zweerbodem, door het zoutzuur, opgewekt door de voorafgaande maaltijd (DEKKERS 1955, 1957). Op dit alles werd zeer onlangs nog eens de nadruk gelegd door PORGES (1957).

Veel beter dan melk kan men dan ook tegen de pijn alkali in water geven, zoveel en zo vaak als nodig is. Fijn verdeeld voedsel (de beroemde gezeefde groenten en de gezeefde „gladde” pap) is onnodig als de patiënt goed kan en wil kauwen.

Toepassing van deze twee eenvoudige middelen is voldoende ter bestrijding van de pijn, en een rustkuur is hiervoor geheel overbodig. Ik behandelde ongeveer 500 lijdens op deze wijze; alleen als de patiënten absoluut niet wilden medewerken, moest ik een rustkuur voorschrijven.

Samenvattende: in het algemeen dus geen bedrustkuren, behalve bij manifeste bloedingen; de patiënten laten doorwerken met koolhydraatdieet en alkali; oude calleuze en penetrerende ulcera late men terstond reseceren.

Literatuur: BURKENS, J. C. J. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 1617. — DEKKERS, H. J. N. (1955) *Ned. T. Geneesk.* 99, 176, 3546; (1957) 101, 174. — DEKKERS, H. J. N. en M. KNAPE (1955) *Ned. T. Geneesk.* 99, 3115; (1956) *Gastroenterologia (Basel)* 86, 496. — HOLLANDER, F. (1952) *Amer. J. Med.* 12, 453. — HORST, L. VAN DER en J. GROEN (1955)

Ned. T. Geneesk. 99, 3548. — KIRSNER, J. B. en W. L. PALMER (1952) *Amer. J. Med.* 12, 615. — PORGES, O. (1957) *Gastroenterologia (Basel)* 87, 105. — PRICE, A. V., F. PYGOTT, P. H. SANDERSON en R. DOLL (1956) *Lancet* I, 70. — SANDWEISS, D. J. (1951) *Peptic Ulcer*, bl. 426.

Amsterdam, 19 september 1957 H. J. N. DEKKERS

Met zeer veel van hetgeen collega DEKKERS opmerkt kan ik mij geheel verenigen; in het bijzonder ook met de wenselijkheid, calleuze ulcera te reseceren.

Wat de dieettherapie betreft: er is misschien geen hoofdstuk in de geneeskunde waarvan met zoveel recht gezegd kan worden, dat vele wegen naar Rome leiden. Met allerlei diëten zijn ulcuspatiënten genezen. DOLL, FRIEDLANDER en PYGOTT (1956) hebben zelfs willen aantonen, dat ulcuspatiënten tijdens hun verblijf in een ziekenhuis sneller genezen bij gewone ziekenhuiskost (alleen zonder gebraden spijzen) dan op een maagdieet. BERK (1950) heeft in een studie over de bufferende werking van eiwitten, melk en room erop gewezen dat er een discrepantie bestaat tussen de onvoldoende bufferende werking van deze stoffen en de klinische verbetering, die door het geven ervan wordt bereikt.

Zelf heb ik te goede resultaten verkregen met melk en pap om het toedienen ervan als een kunstfout te beschouwen. Wel ben ik al lang afgestapt van het principe alleen of in hoofdzaak melk en melkspijzen te geven; ik heb bij de genezing van het ulcus veel succes gehad met een dieet, dat zowel eiwitten in de vorm van vlees, vis, eieren en melk bevat als koolhydraten en vetten (in verse vorm) en tamelijk fijn verdeeld, doch niet noodzakelijk gemalen — kortom ongeveer wat men wel een „meulengracht-dieet” noemt. De ulcusmaag secerneert ook nuchter dikwijls maagzuur. Niet alleen op theoretische doch ook op ervaringsgronden ben ik overtuigd van het nut (therapeutisch en profylactisch) van frequente, kleine maaltijden.

Ik neem echter onmiddellijk aan, dat collega DEKKERS met zijn dieet even goede resultaten bereikt. Wel moet ieder dieet volwaardig zijn, ook wat betreft de essentiële aminozuren. Dat langdurige toediening van zeer grote hoeveelheden alkali voor de patiënt gevaarlijk kan zijn, staat wel vast.

Literatuur: BERK (1950) *Postgraduate gastroenterology*, bl. 144. DOLL, FRIEDLANDER en PYGOTT (1956) *Lancet* I, 5.

Delft, 3 oktober 1957

J. C. J. BURKENS

BERICHTEN

BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — SCHIZOFRENIE ALS VRAAGSTUK VAN GEZONDHEIDSZORG. Een commissie der Wereldgezondheidsorganisatie van 12 deskundigen uit 10 landen, heeft schizofrenie in studie genomen. Zij besloot, dat er geen specifieke maatregelen ter voorkoming van deze ziekte zijn te nemen. Men kan slechts aannemen, dat alle factoren, die de geestelijke gezondheid bevorderen, bruikbaar zijn ter voorkoming van enige manifestaties van schizofrenie. Van belang is vroegtijdige behandeling met zo kort mogelijk verblijf in het ziekenhuis. Bij de geneeskundige opleiding moet de vroegtijdige diagnostiek worden behartigd; ook behoort schizofrenie op het programma van publieke voorlichting te worden geplaatst (*WHO. Press*, 20 september 1957).

AZIË — VERGADERING VAN HET RODE KRUIS. De 19e internationale conferentie der Rode-Kruisverenigingen zal van 21 oktober tot 7 november te Nieuw Delhi worden gehouden (*Monde et Croix Rouge*, juli-september 1957).