

lepsi, multipel skleros och hypofystumörer.

År 1926 stod Adie på höjden av sin karriär. Han blev belönad av sitt universitet i Edinburgh med en guldmedalj och även upptagen som Fellow of the Royal College of Physicians.

På fritiden var han en hängiven ornitolog och lingvist.

Sviktande hälsa

I 45-årsåldern började Adie få besvär av angina pectoris. Trots tilltagande symtom genomförde han länge sitt arbete. I början av 1935 tvingades han dock dra sig tillbaka från sin tjänst, endast 48 år gammal. Man hoppades snart få se honom åter på sjukhuset, åtminstone kapabel att genomföra sina berömda patientdemonstrationer [44]. Ödet ville dock annorlunda, och William John Adie avled den 17 mars 1935.

Adies storhet och popularitet förstås kanske bäst av de många och utförliga dödsrunor som följde, bl a i British Medical Journal och The Lancet [45-48]. I födelsestaden hade man inte glömt ynglingen som lämnade staden för att nå framgång på andra sidan jordklotet. Dagstidningen Geelong Advertiser skrev en lång nekrolog under rubriken »Geelong boy who made good in London».

Litteratur

1. Wolfe CP, Powell K. Adie's syndrome. Journal of Ophthalmic Nursing and Technology 1985; 4(1): 36-8.
2. Robertson DA. Four cases of spinal miosis, with remarks on the action of light on the pupil. Edinburgh Medical Journal 1869; 15: 487-93.
3. Hörnsten G. Startade debatten om »Argyll Robertson-pupillen» – säreget ögontillstånd, ännu ej klarlagt. Läkartidningen 1986; 83: 2566-7.
9. Adie WJ. Pseudo-Argyll Robertson pupils with absent tendon reflexes. BMJ 1931; 1: 928-30.
10. Ware J. Observations relative to the near and distant sight of different persons. Philosophical Transactions of the Royal Society of London 1813: 31-50.
16. Lowenstein O, Loewenfeld IE. Pupillotonic pseudotabes. Surv Ophthalmol 1965; 10: 129-85.
17. Adie WJ. Argyll Robertson pupils true and false. BMJ 1931; 2: 136-8.
18. Adie WJ. Tonic pupils and absent tendon reflexes: a benign disorder sui generis; its complete and incomplete forms. Brain 1932; 55: 98-113.
19. Adie WJ. Complete and incomplete forms of the benign disorder characterised by tonic pupils and absent tendon reflexes. Br J Ophthalmol 1932; 16: 449-61.
22. Weill G, Reys L. Sur la pupillotonie. Contribution à l'étude de sa pathogénie. Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie 1926; 4: 433-41.
23. Holmes G. Partial iridoplegia associated with symptoms of other disease of the nervous system. Transactions of the Ophthalmological Societies of the United Kingdom 1931; 51: 209-28.

26. Scheie HG. Site of disturbance in Adie's syndrome. Arch Ophthalmol 1940; 24: 225-37.
29. Harriman DGF, Garland H. The pathology of Adie's syndrome. Brain 1968; 91: 401-19.
30. Ulrich J. Morphological basis of Adie's syndrome. Eur Neurol 1980; 19: 390-5.
33. Thompson HS. Adie's syndrome: some new observations. Trans Am Ophthalmol Soc 1977; 75: 587-626.
34. de Castro Costa CM, Van Hees J, Do Vale DC. A hypothetical immune-mediated unifying mechanism for the Holmes-Adie syndrome. Arq Neuropsiquiatr 1988; 46: 198-200.
37. Tauboll E, Morland TJ. Adies syndrom. Tidsskr Nor Laegeforen 1987; 107: 2633-4.
39. Dutton GN, Paul R. Adie syndrome in a child: a case report. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1992; 29: 126.
42. Flach AJ, Dolan BJ. Adie's syndrome: a medical treatment for symptomatic patients. Ann Ophthalmol 1984; 16: 1151-4.
46. Obituary William John Adie. BMJ 1935; 624-5.

En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från Magnus Carlsson, Medicinsk avdelning, Stensby sykehus, N-2092 Minnesund, Norge.

KORTKLIPP



Screening för testikelcancer har inget bevisat värde

Det finns flera skäl till att det inte är motiverat med rutinmässig screening för att upptäcka testikelcancer. Prevalensen är låg, sjukdomen utgör inte något stort folkhälsoproblem och kostnaden för att genom screening i sjukvården upptäcka ett cancerfall blir oerhört hög. Självundersökning genom palpation har inte visats minska mortaliteten eller morbiditeten, och även om palpation har hög sensitivitet är både specificiteten och det positivt prediktiva värdet oacceptabelt låga.

Visserligen ökar incidensen av testikelcancer i många västländer, men treårsöverlevnaden för de drabbade har ökat dramatiskt de senaste 20 åren, från 10 till nära 90 procent, tack vare användningen av kombinerad kemoterapi.

Journal of Medical Screening 1996; 3: 2-6.

C-reaktivt protein markör för kardiovaskulär risk

Flera nyligen redovisade studier tyder på att koncentrationen av C-reaktivt protein (CRP) – en markör för inflammation – har samband med risken för kardiovaskulär sjukdom och också kan ge kompletterande information om prognosen för dem som har ischemisk hjärtsjukdom. Fynden tyder på att kroppens svar på inflammation kan spela en roll för vilken effekt olika riskfaktorer har på utvecklingen av ateroskleros.

Brittiska forskare har i en studie av drygt 300 män mellan 50 och 69 år, slumpmässigt valda från allmänpraktikers register, funnit ett samband mellan serumhalten av CRP och ansamlingen av riskfaktorer men också med koronarsjukdom enligt undersökning med EKG och en enkät om symtom på angina eller claudicatio.

Liknande fynd har gjorts i studier av kronisk, stabil ischemisk hjärtsjukdom respektive instabil angina. Patienter i den senare gruppen har klart förhöjd risk för hjärtinfarkt redan vid en CRP-koncentration över 3 mg/l och kraftigt förhöjd risk över 10 mg/l. De bör därför få intensiv medicinsk behandling, också revaskularisering bör övervägas. En annan högriskgrupp är de patienter med kronisk ischemisk hjärtsjukdom som har höga värden för såväl CRP som kolesterol och fibrinogen. I den gruppen torde kolesterolsänkning ha störst effekt.

BMJ 1996; 312: 1049-50, 1061-5.