

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

AFSTEMPELING INTERNATIONAAL GELDIGE CERTIFICATEN VAN INENTING TEGEN CHOLERA EN POKKEN.

In de voorschriften van de Internationale Sanitaire Regeling, welke ook voor Nederland op 1 oktober 1952 in werking is getreden, wordt, wat de internationale certificaten van inenting en herinenting betreft, onder meer voorgeschreven, dat deze van een „officieel stempel” moeten zijn voorzien. Om iedere Nederlandse arts in de gelegenheid te stellen entingen te verrichten, waarvoor een internationaal certificaat wordt verlangd, is indertijd deze moeilijkheid opgelost door de gemeentebesturen te verzoeken deze certificaten van een gemeentestempel te voorzien, hetgeen dus neerkomt op de legalisering van de handtekening van de arts.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft thans bij beschikking van 3 juli 1958, Dir. V., afd. Gezondheidsbescherming, de vorm van het officiële vaccinatiestempel vastgesteld. In het vervolg zal uitsluitend dit stempel voor de afstempeling van internationaal geldige certificaten van inenting tegen cholera en pokken worden gebruikt, hetgeen de Wereldgezondheidsorganisatie zal worden medegedeeld.

De artsen, die de beschikking over een dergelijk stempel willen hebben, kunnen dit bij mij aanvragen waarbij de prijs van ongeveer f 3,25 in rekening zal worden gebracht. (Het adres luidt: Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, Parkweg 10, 's-Gravenhage). De desbetreffende artsen worden onder een nummer in een register ingeschreven, welk nummer op het stempel wordt aangebracht. Men dient er rekening mede te houden dat de stemfels niet voor half augustus geleverd kunnen worden, waarom ik de gemeentebesturen heb doen verzoeken met de bestaande regeling nog te willen doorgaan tot 1 oktober a.s.

Na deze datum zal het niet meer mogelijk zijn, dat de handtekening van de arts op een internationaal geldig inentingscertificaat op het gemeentehuis wordt gelegaliseerd.

's-Gravenhage, juli 1958

C. BANNING,

Geneeskundig Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid,

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).

PREMENSTRUELE SPANNING

Prof. PLATE bespreekt in zijn klinische les o.a. enkele theorieën over de ontstaanswijze van de premenstruele spanning en de invloeden op het symptomencomplex ervan.

Voor de vrouw is de menstruele cyclus niet alleen een golvend proces van wisselende hormoonspiegels, hij heeft ook een typische en belangrijke betekenis. Zo betekent de ovulatie altijd een mogelijkheid tot het krijgen van een kind en de menstruatie een afvoer, een verval, een miskraam of zo men wil de geboorte van een vrucht van 14 dagen. Deze betekenis wordt door de vrouw stellig waargenomen, soms beleefd, maar in ieder geval op een af andere wijze verwerkt in het totaal van de dagelijkse van binnen en van buiten komende prikkels en ervaringen.

In de menstruele cyclus hebben uiteraard hormonen een grote betekenis. De gecompliceerdheid van de psychische

en somatische patronen zou echter zeer goed mede kunnen ontstaan door psychische verdringings- of verwringsmechanismen. Het lijkt mij volstrekt niet zeker, dat er een „endogene allergie” tegen progesteron bestaat. Zijn er bv. proeven uitgevoerd met progesteron-injecties waarbij de vrouw meer of minder met astma reageerde al naar de fase in de cyclus? Deze proeven zijn niet zo gemakkelijk medisch-ethisch verantwoord te doen. Zou het niet goed zijn in onze beschouwingswijze althans de mogelijkheid op te nemen, dat het hormoon, zoals progesteron, provocerend werkt op het uitbreken van astma, dermatose, hooikoorts en op het ontstaan van het complex de premenstruele spanning, samen met een invloed uit de cerebrale sfeer? Misschien kan men dan gemakkelijker een inzicht verwerven in de merkwaardige omstandigheid, dat de premenstruele spanning niet bij alle vrouwen voorkomt, en bij een bepaalde patiënte niet altijd, en bij een aantal patiënten nu eens in de puberteit, dan weer in een andere levensperiode hinderlijk is.

Tenslotte nog over de therapie. Ik heb sinds enkele jaren de patiënten met premenstruele spanning eerst behandeld met acetosal, sedativa en zoutloos dieet. (Dit laatste wordt in de praktijk meestal niet uiterst streng gehouden, en men zou het eventueel falen van de therapie dus hieraan kunnen toeschrijven). Wanneer de klachten echter aanhielden zijn de patiënten vervolgens opgenomen in een gesprek-therapie. Het voert te ver, hierop nader in te gaan, maar ik meen, dat de resultaten ervan duidelijker en bevredigender zijn, vooral ten opzichte van de bijverschijnselen, dan de enkelvoudig somatisch-organisch gerichte therapie.

Literatuur: PLATE, W. P. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1185.

Maarssen, 24 juni 1958

R. L. CORNELISSEN

Voor de opvatting, dat bij premenstruele klachten allergie tegen in het lichaam aanwezige hormonen bestaat, zijn wel enige aanwijzingen. GEBER kon premenstruele urticaria voorkomen door de patiënten tijdig in te spuiten met bloedserum, verkregen op het ogenblik dat de urticaria bestond. WAHLÈN voegde aan bloedserum verschillende hormonen (oestrogenen, progesteron en testosteron) toe; door van dit mengsel 0,1 ml intracutaan in te spuiten bepaalde hij de overgevoeligheid van de patiënte. Was er een foutieve huidreactie, dan werd de patiënte met het mengsel gedesensibiliseerd. Hij zag enig succes. GILMAN wees op allergie tegen progesteron; SIMMONS spoot pregnaandiol, het afbraakproduct van progesteron, in bij vrouwen met premenstruele tensie en zag in 82 pct der gevallen goede resultaten.

Bij de behandeling van premenstruele spanning met diuretica en zoutloos dieet dient dit laatste inderdaad streng te worden gehouden. Wij zagen van deze therapie bevredigende resultaten.

Dat een gesprek-therapie ook succes kan hebben, is zeker aan te nemen, omdat bij dit syndroom vaak psychische factoren van invloed zijn.

Literatuur: GERBER, J. (1921) *Derm. Z.* **32**, 143. — GILMAN, J. (1942) *J. clin. Endocr.* **2**, 157. — SIMMONS, R. J. (1956) *Obstet. Gynec.* **8**, 99. — WAHLÈN, T. (1955) *Acta obstet. gynec. scand.* **34**, 161.

Utrecht, 22 juni 1958

W. P. PLATE

EEN NORMALE BEVALLING NA HET 51e JAAR

H. D. WOELINGA (1958) beschrijft de normale bevalling van een vrouw van 51 jaar, 11 maanden en 7 dagen. De oudste Zwitserse vrouw, die een levend kind baarde, was 51 jaar, 2 maanden en 5 dagen. Daar in de Amerikaanse statistiek evenmin bevallingen vermeld worden na het 52e jaar,

schijnt een partus op die leeftijd zo zeldzaam te zijn, dat het mij nuttig lijkt er nog een te vermelden.

Mevrouw A, die op 12 november 1902 geboren is, beviel op 20 september 1954 van een gezond kind. Zij was dus 51 jaar, 10 maanden en 8 dagen. Het was haar 10e kind. Het oudste was 20 jaar, het jongste 6 jaar. Alle kinderen zijn in leven en gezond.

De moeder vertelde mij, dat zij zich nog nooit zo goed had gevoeld tijdens een zwangerschap en dat zij nog nooit zo vlot was bevallen.

Literatuur: WOELINGA, H. D. (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 1369.

Denekamp, 14 juli 1958

J. E. A. M. DIERICK

AANVULLING VAN DE MEDISCHE OPLEIDING MET ONDERRICHT OP EXACT-WETEN- SCHAPPELIJK GEBIED

Het probleem van de opleiding van aanstaande onderzoekers in de medische basisvakken, is nauw verbonden aan het probleem van de medische opleiding in het algemeen. Op psychologische gronden kan men bv. na het kandidaats-examen geen „theoretische” studierichting instellen voor de studenten met wetenschappelijke belangstelling, indien deze richting, wat welhaast onvermijdelijk is, niet tot het arts-diploma leidt.

A priori zijn er 3 mogelijkheden: a. de psychologische bezwaren laten wegvallen door veel betere honorering, en zekerheid van plaatsing (in de huidige omstandigheden is de kans hierop gering); b. de opleiding voor de toekomstige wetenschappelijke werkers achterwege laten; c. de „theoretische” opleiding opnemen in de algemene opleiding van medische studenten.

Het noemen van de laatste mogelijkheid lokt bij velen heftige tegenspraak uit. „Het gaat niet aan”, protesteert men verontwaardigd, „terwille van een bepaalde groep de opleiding extra te belasten”.

Terwille van een bepaalde groep is de opleiding evenwel reeds thans extra belast. Deze groep wordt gevormd door de toekomstige huisartsen. De omstandigheid, dat de huisartsen de grootste groep vormen, doet niets af aan het feit, dat hierdoor de kwalitatief uiterst belangrijke groep van toekomstige specialisten: internisten, cardiologen, farmacologen enz. tijdens de opleiding „extra wordt belast”. De parate kennis van de indicaties van oxytocine, noodzakelijk voor de huisarts, is van weinig betekenis voor de oogarts.

Deze constatering van de „extra-belasting” van de opleiding terwille van een bepaalde groep (huisartsen) is geen kritiek. Ze dient slechts om erop te wijzen, dat extra belasting van de opleiding terwille van een bepaalde groep thans reeds een voldongen feit is.

Het zou uiteraard dwaasheid zijn de opleiding bovendien extra te belasten met parate kennis voor de diverse specialismen.

Het essentiële dat de onderscheiden specialismen gemeen hebben (voorzover deze niet slechts als „vak”, doch ook als wetenschap worden bedreven), is de behoefte aan kwantitatief denkende werkers.

Terwille van de toekomstige specialisten die naast de uitoefening van hun vak ook wetenschappelijk werkzaam willen zijn (deze groep omvat dus niet alleen de beoefenaars der zg. basisvakken, doch ook die der klinische vakken, zoals keel-, neus- en oorheelkunde, interne geneeskunde, radiologie enz.), is het noodzakelijk, de opleiding „extra te belasten” door de kwantitatieve denkwijze ook na het kandidaatsexamen uit te bouwen.

Vergeleken met de „exacte” denkwijze van de fysicus, chemicus enz. is de gemiddelde denkwijze van de medicus kwalitatief en niet kwantitatief, hetgeen natuurlijk niet betekent, dat er onder de artsen niet vele wetenschappelijk denkenden zijn. Het medische denken (schrijver dezer regels is zelf arts), gevormd tijdens de opleiding, wordt in het algemeen niet geschoold voor wetenschappelijk werk. Ook dit is geen kritiek op het huidige systeem, dat voortreffelijk is aangepast aan de taak, die het zich heeft gesteld: de opleiding van toekomstige huisartsen.

Wil men echter de opleiding ook geschikt maken voor de toekomstige wetenschappelijke werkers (hieronder vallen ook de onderzoekers op het gebied der klinische wetenschappen), dan is aankweking van de „exacte denkwijze” een eerste vereiste.

Wat verstaat men onder „kwantitatieve denkwijze”? Het is uiteraard moeilijk in kort bestek dit begrip te omschrijven. Het houdt geen grote kennis van wiskunde, natuurkunde of scheikunde in, geen parate kennis op een of ander gebied. Het impliceert wél een juist begrip voor het kwantitatieve, het vermogen tot kritische interpretatie van meetwaarden, kortom het betekent de analytische natuurwetenschappelijke denkwijze.

Het aankweken van deze denkwijze — die zich niet laat afschrikken door „moeilijke onderwerpen” op het gebied van wiskunde, statistiek, elektronica, scheikunde enz., of welk „moeilijk” onderwerp dan ook, dat later voor de afgestudeerde van belang zal zijn — voorkomt, dat de toekomstige specialist de aansluiting mist tot de basiskennis die noodzakelijk is voor het beheersen van zijn wetenschap. Zo zal bv. de keel-, neus- en oorarts die zijn vak als wetenschap wil beoefenen, een goed inzicht moeten hebben in de fysica en elektronica. Het jarenlang ontbreken van natuurwetenschappelijke scholing betekent een ernstige belemmering voor de verwerving van kennis op dit gebied. Dit is belangrijk, doch o.i. verreweg het belangrijkste is het aankweken van de natuurwetenschappelijke denkwijze als doel op zichzelf. De natuurwetenschappelijk geschoolde geest kan later in de wetenschap alle kanten uit.

Het gaat niet om de vraag „medische” of „natuurwetenschappelijke” scholing, het gaat om een synthese van beide. Hoe kan deze kwantitatieve denkwijze worden aangekweekt? Een praktische mogelijkheid lijkt ons het toevoegen van een verplicht, zg. „theoretisch vak” aan het doctoraal examen. Dit verplichte vak zou door de student kunnen worden gekozen uit een aantal zg. keuzevakken. Het essentiële van zo’n keuzevak moet zijn, dat daardoor het „exacte denken” wordt gestimuleerd, zonder dat er méér dan een minimum aan feitenkennis wordt vereist. Onderwerpen die hieraan voldoen zijn bv. medische statistiek, leer van fysische foutendiscussie, cybernetica, biologische wiskunde, fysische scheikunde, medische fysica enz. Wat het laatste betreft, zijn wij het met BURGER eens, dat medische fysica vooral in een latere fase van de opleiding met vrucht kan worden onderwezen. De tegenwerping, dat de toevoeging van een dergelijk „theoretisch” vak aan het doctoraal examen, een ondraaglijke belasting betekent voor de student, achten wij niet steekhoudend. De grens van het assimileren van parate feitenkennis lijkt thans voor de gemiddelde student reeds bereikt te zijn. De grens van het opnemen van logische gedachtenstructuren is bij de medische student nog geëenzvins bereikt.

Groningen, 21 juli 1958

J. G. DEFARES