

*grosser körperlicher Arbeit.* — Uitvoerige waarnemingen bij 7 gezonden, met als resultaat een nieuwe definitie van het begrip dyspnoe.

W. HADORN, *Klinische Demonstrationen.* — Vijf diagnostische problemen op internistisch gebied.

J. C. DEMANET, E. ENGEL, J. BRICHANT en P. WENGER, *Utilisation des hématies marquées au chrome 51 pour l'étude du volume sanguin et de ses variations.* — Beschrijving van de methode, van de bij 14 normale personen gevonden waarden en hun reproduceerbaarheid en van enkele waarnemingen bij gedecompenseerde hartlijders en bij hypalbuminemisch oedeem.

B. STAEHELIN, *Einige Gedanken zum psychosomatischen Problem des Asthma bronchiale.* — Beschouwing naar aanleiding van 2 patiënten.

P. MAGNENAT, *Splénomégalie congestive aiguë avec hyper-splénisme au cours du traitement à la sonde de Sengstaken-Blakemore.* — Beschrijving van 2 gevallen.

A. PRADER, *Der renale Gluko-Amino-Phosphat-Diabetes (de Toni-Debré-Fanconi-Syndrom).* — Kort overzicht.

R. TOBLER, *Niere und Rachitis. Zur Frage des Phosphatdiabetes und der Rachitis bei Ureterosigmoidostomie.* — Kort overzicht.

## INGEZONDEN

### STRALENBESCHERMING EN RÖNTGENDIAGNOSTIEK

In hun artikel wijzen de collegae THOMAS en VAN VOORTHUISEN (1959) weer eens op de gevaren die aan een röntgenonderzoek verbonden kunnen zijn, en zetten zij uiteen, hoe men onnodige stralenbelasting kan vermijden. Hoe nuttig het enerzijds ook is, dat er telkens weer op de mogelijke schadelijke werking van ioniserende stralen wordt gewezen, een bezwaar is, dat degene die niet geheel ter zake kundig is, de gevaren van röntgenonderzoek groter gaat voorstellen en daardoor het kind met het badwater weggooit.

Voor zal dit het geval zijn, als men zijn waarschuwingen baseert op gevaren die alleen bestaan bij een volkomen onjuiste techniek en in plaats van deze techniek de methode veroordeelt. THOMAS en VAN VOORTHUISEN menen, dat de routine-thoraxdoorlichting dient te worden vervangen door de combinatie van achter-voorwaartse en laterale thoraxopname, op grond van het feit, dat er bij thoraxdoorlichting een veel grotere hoeveelheid stralen wordt gegeven dan bij twee thoraxopnamen. Voor het onderzoek van het hart en het mediastinum moge dit misschien het geval zijn. Voor het longonderzoek kan de doorlichting, althans op de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding, veelal niet worden gemist. Nog steeds varen de consultatiebureau-artsen in hoofdzaak op het kompas van de doorlichting. Zij allen kennen bepaalde gevallen waarin een thoraxfoto een bij een doorlichting waargenomen afwijking niet of onvolkomen weergeeft; door planigrafisch onderzoek kan de bij doorlichting gevonden afwijking, die op de thoraxfoto niet zou zijn opgemerkt, worden bevestigd.

Het spreekt vanzelf, dat de doorlichtingstijd niet onnodig lang mag zijn. Het denkbeeld van THOMAS en VAN VOORTHUISEN om een klokje met waarschuwingssignalen tijdens de doorlichting te laten lopen, zou voor beginners misschien nuttig zijn. Wij zouden de eventuele fabrikant echter in overweging willen geven, het klokje zo te stellen dat het niet eens in de twee minuten een signaal geeft, maar om de dertig seconden. Op een willekeurig spreekuur van het consultatiebureau, waarop zowel nieuwe als oude patiënten en personen voor keuring werden onderzocht, noteerden wij de volgende doorlichtingstijden:

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 14 seconden: 9 personen | 35 seconden: 5 personen |
| 20 „ 9 „                | 40 „ 2 „                |
| 25 „ 1 „                | 45 „ 1 „                |
| 30 „ 6 „                | 50 „ 2 „                |

Van de 35 doorlichtingen namen dus 19 minder dan 30 seconden in beslag. Misschien verklaart het verschil in het klokje van THOMAS en VAN VOORTHUISEN en van ons ook hun afwijzende houding tegenover de routinedoorlichting. Een doorlichting van een minuut komt vrijwel niet voor; een doorlichting van twee minuten mag niet voorkomen en een doorlichting van 5 minuten krijgt het karakter van radiotherapie.

Zoals ik reeds zeide: het is nuttig, dat er telkens wordt gewezen op het gevaar, dat het gebruik van ioniserende stralen kan opleveren, maar men blijve nuchter. Vermoedelijk zullen THOMAS en VAN VOORTHUISEN ook niet het rijden in een auto nalaten, omdat de meeste coureurs omkomen bij de uitoefening van hun beroep.

*Literatuur:* THOMAS, P. en A. E. VAN VOORTHUISEN (1959) Stralenscherming en röntgendiagnostiek. *Ned. T. Geneesk.* 103, 1013.

Groningen, 13 mei 1959

R. DRION

P. G. DONLEBEN

De reactie van de collegae DRION en DONLEBEN is ons zeer welkom, daar ze een misverstand belicht, dat misschien ook bij anderen bestaat.

Wij hebben bij het routine-thoraxonderzoek bepleit, „primair alleen een voor-achterwaartse en laterale thoraxopname te maken en pas te gaan doorlichten, als op deze foto's afwijkingen worden gezien” enz.

Het misverstand ligt blijkbaar in de term routine-thoraxonderzoek. Wij bedoelen hiermee het thoraxonderzoek dat bij vrijwel iedere nieuwe klinische en soms ook poliklinische patiënt wordt verricht, ook al is er geen enkele klacht over de luchtwegen. In deze gevallen bevelen wij aan, te beginnen met het maken van thoraxfoto's.

De situatie verandert, als er aanleiding bestaat tot een gericht onderzoek. Ook bij controle van longpatiënten wordt doorlichting niet achterwege gelaten. Daarop was ons pleidooi niet gericht.

Dat wij een klokje van 2 minuten aanraden, in plaats van een van 30 seconden, vindt niet zijn grond in een lange duur van de thoraxdoorlichting, zoals DRION en DONLEBEN suggereren, maar in een veelzijdiger gebruik van het doorlichtingstoestel dan voor longdiagnostiek alleen. Vooral bij het maagonderzoek zou een te veelvuldig bellen alleen tot resultaat hebben, dat er niet meer op werd gelet.

De opmerkingen van DRION en DONLEBEN in de eerste en laatste alinea en de bewering over een volkomen onjuiste techniek laten wij gaarne voor rekening van de schrijvers.

Katwijk aan den Rijn, 5 juni 1959

P. THOMAS

A. E. VAN VOORTHUISEN

### DE BEHANDELING VAN DIABETES MELLITUS IN DE HUISARTSENPRAKTIJK MET DIEET, INSULINE EN ORALE ANTIDIABETICA, ZONDER BEPALING VAN HET BLOEDSUIKERGEHALTE

Over de artikelen van collega KITS VAN WAVEREN (1959) wilde ik enkele opmerkingen maken:

Mij dunkt, dat men zich over de eiwittoediening wel degelijk moet bekommeren. Men moet er althans voor zorgen, dat de patiënten voldoende dierlijk eiwit (1 gram per kg lichaamsgewicht) nuttigen. De vetten moeten naar mijn mening wel afgewogen worden; men geve maximaal 100