

„het publiek”, van ons, artsen — dus niet alleen van de huisartsen — daarin leiding verwachten, lijkt het een taak bij uitstek der medische faculteiten om daarmee bij de opleiding rekening te houden.

Enige faculteiten hebben dan ook reeds besloten of zijn reeds begonnen, onderwijs te geven in de medische psychologie, en er bestaat de duidelijke neiging, door inzicht dat overeenkomt met de uitkomsten der Amerikaanse experimenten, dit onderwijs vroeg in de medische studie te doen aanvangen. Het begin is er dus wel, en het is normaal, dat er tijd nodig is voor verdere ontplooiing. Hiermede zijn de gekwalificeerde artsen en in het bijzonder de gevestigde huisartsen, die behoefte hebben aan meer psychologische voorlichting echter niet geholpen. De eerste nascholingscursus, georganiseerd in samenwerking met een faculteit over „de psychologische trainingmethoden voor de huisarts” werd in april jl. reeds te Leiden gehouden. Ook hier is dus een begin. Het moet echter worden toegegeven, dat er niettemin bij de faculteiten en bij de huisartsen nog een discrepantie lijkt te bestaan tussen de belangstelling voor het onderwijs in de psychologie aan aanstaande en gekwalificeerde artsen. Uiteraard, de confrontatie met de emotionele problemen van de patiënten is intensiever bij de huisartsen, de noodzaak hier hun kennis uit te breiden des te duidelijker. De draagwijdte der beslissingen van faculteiten maakt het nu echter eenmaal nodig, dat aan de tijdsfactor een belangrijke plaats wordt toegemeten. Op den duur brengt dit gewoonlijk meer voordeel dan nadeel mede. Maar ook de huisartsen hebben tijd nodig; het is namelijk niet zo zeker dat het percentage hunner dat thans zou openstaan voor psychologische nascholing, maatregelen van grotere allure reeds zou rechtvaardigen. Pioniers hebben o.a. het kenmerk van het geringe aantal. Zo is er reden voor de verwachtingen, dat genoemde discrepantie mettertijd verdwijnt.

Er is meer reden. Ik duidde in het begin reeds op de waardering die achter een verwijt schuilging. De aandacht die faculteiten en (huis)artsen in Nederland jegens elkaar hebben is van beide zijden voornamelijk positief. Artsen en medische faculteiten zouden het mede daarom betreuren, indien een groot deel van de psychologische scholing of bijscholing op den duur buiten de faculteiten om zou plaatsvinden, met het risico van vervreemding tussen artsen en faculteiten. Kanalisatie van „undergraduate” en „postgraduate” onderwijs in de medische psychologie onder leiding der medische faculteiten lijkt ook daarom zowel wenselijk als waarschijnlijk.

*Literatuur:* <sup>1</sup>PRAKKEN, J. R. (1960) De studie in de geneeskunde en de opleiding van de huisarts. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1273. — <sup>2</sup>FOX, T. F. (1960) The personal doctor. *Lancet*, **I**, 743. — <sup>3</sup>ASHFORD, M. V. (1949) *Trends in medical education*. The New York Academy of medicine. Institute of medical education. — <sup>4</sup>WHITEHORN, J. C., C. JACOBSEN, M. LEVINE en V. M. LIPPARD (1952) *Psychiatry and medical education. Report 1951 Conference on psychiatric education*. Cornell University, Ithaca, New York. — <sup>5</sup>MERTON, R. K., G. READER en P. L. KENDALL (1957) *The student physician*. Harvard University Press. — <sup>6</sup>HOFER GEE, H. en R. J. GLASER (1958) The ecology of the medical student. *Report of the fifth teaching Institute association of American medical colleges*. Atlantic City, New Jersey.

Leiden, augustus 1960

G. M. H. VEENEKLAAS

## EEN GEVAL VAN TETANUS POST ABORTUM

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van collega M. A. VAN MELLE (1960) zouden wij het volgende willen opmerken:

1. Bij de behandeling van ernstige tetanusgevallen is volledige spierrelaxatie met curare-achtige stoffen onmisbaar. De patiënt moet hierbij echter kunstmatig beademd worden. In lichtere gevallen, waarbij vooral de beginperiode langer dan 2 à 3 dagen duurt en waarbij zich geen gegeneraliseerde krampen voordoen, is de curare-behandeling niet nodig.

Zoals wij bij een zeer recent geval van tetanus in onze kliniek opmerkten, zijn de niet gegeneraliseerde krampen zeer goed in bedwang te houden met sedativa (zoals chloralhydraat en barbituraten). Wil men op een gegeven tijdstip toch overgaan tot het toedienen van spierrelaxantia, dan mag dit slechts onder nauwkeurige (lees biochemische) controle van de ademhaling geschieden.

Het is o.i. een kunstfout, patiënten met dreigende respiratoire insufficiëntie (om welke redenen ook) ononderbroken zuurstof toe te dienen. De hypoxemische verschijnselen blijven dan wel achterwege en de patiënt lijkt klinisch goed, doch de kans is groot, dat hij ongemerkt in een coma zakt door koolzuurretentie en vrij plotseling overlijdt in koolzuurnarcose. Deze patiënten met onvoldoende gaswisseling zijn niet in staat hun koolzuur uit te wassen; men ziet dit bv. bij ernstige thoraxtrauma's.

Geeft men spierrelaxantia met of zonder ondersteuning van de ademhaling (tracheotomie en (of) beademden), dan moeten 2 à 3 maal daags de arteriële zuurstofverzadiging, de  $p\text{CO}_2$  en de  $p\text{H}$  gecontroleerd worden.

Overigens blijkt uit de literatuur, dat ook een tracheotomie niet meer gemist kan worden als de toestand zo ernstig is, dat men het niet zonder curare kan stellen.

2. Het gevaar voor recidieven, indien men de mogelijke ziektehaard in het lichaam achterlaat, is zeer reëel, te meer daar een doorgemaakte tetanus-infectie hoegenaamd geen immuniteit achterlaat. Het wordt daarom ook dringend aangeraden, terstond na de dosis antitetanusserum een begin te maken met actieve immunisatie door inspuiting van tetanus-fosfaat-toxoid (driemaal  $\frac{1}{2}$  ml met tussenpozen van 2-3 weken).

*Literatuur:* BIRKNER, H. (1958) *Chirurg* **29**, 18. — GARCIA, M. (1957) *Ann. intern. Med.* **47**, 721. — HERPOL-LOONES, L. (1959) *Belg. T. Geneesk.* **15**, 825. — MELLE, M. VAN (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1416. — STIRNEMANN, H. (1960) *Klin. Wschr.* **38**, 626.

Amsterdam, 26 juli 1960

A. P. M. RUTTEN  
P. R. J. PINXIER

Naar aanleiding van het bovenstaande zou ik willen opmerken, dat de beschreven patiënt niet tot die gevallen behoorde . . . „waarbij zich geen gegeneraliseerde krampen voordoen”, omdat hier o.a. drie dagen na het begin een duidelijke opisthotonus ontstond.

De toediening van spierrelaxantia was hier dus aangegeven. Met sedativa waarmede de behandeling aanving, bereikten wij ons doel echter niet. Over de vraag, of men dan altijd tracheotomie moet verrichten, kan men blijkbaar van mening verschillen. Het komt, naar ik meen, vooral op voorzichtige dosering van het curarepreparaat aan, en op nauwkeurige observatie van de patiënt.

In nauw overleg met de anesthesist werd getracht een draaglijke toestand te bereiken met een geringe dosis succinylcholinechloride: de spierkracht bleef voldoende voor

de noodzakelijke verrichtingen, zoals ademhaling, slikken, hoesten, terwijl de pijnlijke strekkrampen wegbleven of zeer gemitigeerd waren. Van koolzuurretentie en dreigend coma was hier geen sprake.

Vooraf voor de tweede opmerking ben ik dankbaar, daar inderdaad inmiddels, o.a. uit de fraaie onderzoeken van TASMEN en WILKENS (1959) wel gebleken is, dat een door-gemaakte tetanus hoegenaamd geen immuniteit achterlaat. Ik zou dus in het licht van deze onderzoeken (die pas na de behandeling van de beschreven patiënte werden verricht) de actieve immunisatie in een volgend geval zeker eerder willen doen plaatsvinden dan nu is gebeurd.

Dat dit echter onmiddellijk na de toediening van antitetanusserum zou moeten geschieden, lijkt mij niet juist. Vooreerst is het de vraag, of een ernstig zieke patiënt op de eerste entstof-injectie werkelijk adequaat zal reageren en of men in dit stadium geen schade aanricht door het geforceerde beroep op de afweerkrachten van het lichaam. Bovendien blijkt uit de onderzoeken van TASMEN en WILKENS, dat de seruminjectie die de patiënte ontving, een voldoende hoge antitoxinetiter verschafte om haar zeker gedurende ongeveer vier weken te beschermen. Hun standpunt is dan ook, dat men de eerste injectie van tetanusfosfaattoxoid liefst moet geven onmiddellijk na de genezing, maar niet op het hoogtepunt van de ziekte.

*Literatuur:* TASMEN, A. en G. L. W. WILKENS, *Immuniteit na tetanus*. Mededelingen uit de 65e wetenschappelijke vergadering, gehouden op 5 oktober 1959, van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en de Streeklaboratoria.

Utrecht, 16 september 1960

M. A. VAN MELLE

## BERICHTEN BUITENLAND

### Canada

„In praise of psychoanalysis”. — Aan een ingezonden stuk in de *Canadian Medical Association Journal* van 20 augustus (bl. 392) zij het volgende ontleend:

„I look forward to the day when a surgeon contemplating abdominal surgery will order a psychoanalysis of the patient as frequently as he now orders a radiograph of the stomach; but as yet the subject is still in its infancy . . .”

„Another future development would be the psychoanalysis of medical students to eliminate their neurotic complexes, in the same way as their chests are now x-rayed, for the benefit of doctor-patient relationships”.

„Doctors who boldly thrust a hand or instrument into the vagina or rectum may be unconsciously attempting to demonstrate their mastery over their emotions as if to say „this doesn't bother me a bit”; whereas patients may be reassured if they see the doctor is a little embarrassed during such examination and conclude that the doctor is not quite as inhuman as they thought. Other patients prefer the doctor to be inhuman remote, and such patients frequent the multi-specialist clinics to satisfy their masochistic emotions.”

### Engeland

**Tyfus tegenover verplegend personeel en hygiënische autoriteit door huisarts verzwegen.** — Een 69-jarige man overleed in het algemeen ziekenhuis te Skegness aan febris typhoidea, zonder dat de huisarts, die hem in het ziekenhuis behandelde, aan de verpleegsters en aan de autoriteit, van de diagnose kennis had gegeven. Het yerzuim was onvergeeflijk, omdat de diagnose bacteriologisch door de patholoog van het ziekenhuis was gesteld, en overigens onbegrijpelijk, omdat de huisarts vroeger medical officer

was geweest en als ondervoorzitter in het public health committee zitting had. De nalatige arts trachtte zich met een complimentje aan het verplegende personeel te verdedigen: „As the patient was being treated in the Skegness hospital by an extremely competent nursing staff in a manner which completely satisfied the requirements so far as isolation of a case of the enteric group of diseases was concerned, the date of notification did not seem to be so important”. Gelukkig bleef besmetting in het ziekenhuis uit, en stichtte de verwaarlozing van het epidemiologische onderzoek geen onheil, maar het rapport van het Public Health committee, gepubliceerd in de *Yorkshire Post*, de *Sheffield Telegraph* en andere regionale bladen, was niet mals (*Med. Offr.* 1 sept., bl. 159).

**Stafylokokken in de neuzen van dierenartsen en veehouders.** — Een werkgroep van het Farm Livestock Research Centre te Stock (Essex) vond bij 200 dierenartsen en 200 veehouders ongeveer hetzelfde percentage herbergers van *Staphylococcus aureus* in de neus: onderscheidenlijk 34 en 38 pct. Daarentegen openbaarde zich tussen beide groepen een opmerkelijk verschil ten opzichte van resistentie der kokken tegenover antibiotica. Het percentage tegenover penicilline resistente stafylokokken was bij de dierenartsen vier maal zo hoog (88,3 pct) als bij de boeren (21,6 pct). Betrok men een groter aantal antibiotica (tetracycline, streptomycine of chlooramfenicol) in het onderzoek, dan daalden de cijfers onderscheidenlijk tot 14,7 en 2,6 pct. De werkgroep zoekt de verklaring in de wijze waarop de dierenartsen onder „the conditions of general veterinary practice” antibiotica hanteren; zij komen met de stoffen in nauwer aanraking dan de arts in het ziekenhuis (*Lancet*, 3 sept. bl. 515).

**De wedstrijd der poliomyelitisvaccines.** — De redactie van de *Lancet* (3 sept., bl. 531) schaaft zich bij hen die in zake de toepassing van levende poliomyelitisvaccine tot voorzichtigheid blijven manen. Noch de veiligheid noch het nuttige effect zijn geheel buiten kwestie. Met de type-I stammen van Cox en Koprowski zag men, na intramusculaire toediening van grote doses bij apen paralyse; de sabin-type-I stam veroorzaakt weliswaar geen paralyse, maar toch gelokaliseerde lesies. Zowel in Florida als in West-Berlijn kwamen gevallen van paralyse voor onder omstandigheden die de mogelijkheid niet uitsluiten, dat stammen van Cox of jonge mensenpassages van deze stammen de oorzaak van deze twee incidenten zijn geweest; het onderzoek hiervan is nog gaande, zodat de mogelijkheid van een natuurlijk virus openstaat. De redactie wijst voorts op virussen voorkomende in de apeniercellen, die voor het kweken van het vaccine-virus worden gebruikt. Ook hierin schuilt een factor van onzekerheid.

Daar staat tegenover, dat de voorstanders van de levende vaccine, onder de indruk van de bijzonder gunstige ervaringen in Rusland en andere landen, „believe that any remaining doubts reflect excessive caution. The glittering prospect they see is the elimination of poliovirus from the world. Nevertheless safety has not yet been clearly established in a country with non immune adults and the high hopes of efficiency remain to be fulfilled”.

Tegenover de onzekerheden van de levende vaccine wijst de redactie op de resultaten van de gedode vaccine in West-Europa en Noord-Amerika. Deze zijn „in general excellent”. De werkzaamheid bereikt 90 tot 95 pct. Maar er zijn ook met de dode vaccine teleurstellingen te verwachten. In 1958 in Massachusetts bijvoorbeeld bleef de vaccine van