

J. C. N. TIBBITS en W. B. HARBERT, *A trial of discharge and aftercare of long-stay mental hospital patients.* — Door de nazorg goed te organiseren was het mogelijk, van 223 mannelijke patiënten er 28 met gunstig gevolg te ontslaan.

J. CROFTON, *Drug treatment of tuberculosis II.*

L. M. FRANKLIN, *An appraisal of psychiatry in general practice.*
M. D. SHERIDAN, *Vision screening of very young or handicapped children.*

Cancer of the rectum (leading article).

Antibody to penicillin (leading article).

Health at work (leading article).

To-day's drugs (Hygroton).

THE LANCET. No. 7145, 6 augustus 1960. bl. 273-324.

A. MONCRIEFF, *Biochemistry of mental defect.* — Overzichts-artikel betreffende stofwisselingsafwijkingen, die de verstandelijke ontwikkeling kunnen storen.

E. N. ELLOTT en M. O. SKELTON, *Increased adrenocortical activity associated with malignant disease.* — Twee eigen patiënten en een overzicht van 36 patiënten uit de literatuur. De reden waarom er verhoogde bijnierschorsactiviteit kan ontstaan bij sommige lijdens aan carcinoom is onbekend.

K. D. BAGSHAWE, *Hypokalaemia carcinoma and Cushing's syndrome.* — Een sterk verlaagd kaliumgehalte en een sterk verhoogde alkalireserve in het plasma bij lijdens aan het syndroom van Cushing zou wijzen op het terzelfdertijd bestaan of tot ontwikkeling komen van een kwaadaardig gezwel.

K. D. BAGSHAWE, *Hyperfunction of the adrenal cortex with adrenal metastases.* — Uitzaaing van kwaadaardige gezwellen in de bijnierschors kan tot hypercorticisme leiden, met belangrijke afwijkingen in de plasma-mineralen.

R. BERLIN, *Bruxism and chronic headache.* — Sommige gevallen van chronische hoofdpijn berusten op overmatig gespannen kaakspieren als uiting van emotionele spanning.

F. S. MOONEY en J. G. HEATHCOTE, *Oral treatment of pernicious anaemia with low doses of H.P.P./I.* — Zes patiënten die met oraal toegediende vitamine-B₁₂-peptide goed te behandelen waren.

S. A. VINCENT, *Mechanical control of urinary incontinence.* —

D. A. COTTON, *Intrahepatic biliary atresia.* — Een geval.

Toxic dilatation of the colon (leading article).

Maternal death (leading article).

Hepatic amoebiasis (leading article).

LA PRESSE MÉDICALE. 68e Jrg. No. 38, 3 september 1960. bl. 1413-1436.

E. CHABROL, *L'oeuvre prophylactique de l'académie nationale de médecine depuis le centenaire de Pasteur.*

A. LOUBATIÈRES, *Analyse de l'action bêta-cytotrope des sulfamides hypoglycémisants. I. Fondements de son utilisation pour la thérapeutique du diabète.* — Overzicht van hoofdzakelijk eigen onderzoekingen; de auteur is tot de conclusie gekomen, dat deze stoffen werken via het aanzetten tot vermeerderde secretie van insuline door de β -cellen. Bij recente proeven op dieren zag hij geen verschijnselen van uitputting van de β -cellen bij chronisch gebruik.

G. ROLLING, A. DURANTEAU en G. THOMERET, *Notions de réanimation respiratoire en pratique chirurgicale.* — Weinig zeggende algemene beschouwing.

A. FABRE, *Micro-amylasémie.* — Referaat betreffende een nieuwe micro-methode ter bepaling van amylase in het bloed, gepubliceerd in Canada.

R. TRUHAUT, *Le problème des limites tolérables pour les substances toxiques dans l'industrie.* — Bericht over de resoluties, aangenomen op het internationale congres te Praag in 1959.

INGEZONDEN

WAARSCHUWING AAN ONDERZOEKERS NAAR DE ONTSTAANSWIJZE VAN DE „PLANTA-ZIEKTE”

Bij het onderzoek naar het sensibiliserende vermogen van de emulgator die in Planta-margarine voorkwam, is in de Utrechtse dermatologische kliniek gebleken, dat er grote kans bestaat op het ontstaan van allergische reacties van het „late type” (eczeem). Men zij dus op zijn hoede bij het experimenteren.

Nadere bijzonderheden zullen zo spoedig mogelijk in dit *Tijdschrift* worden gepubliceerd.

Utrecht, 1 oktober 1960

L. H. JANSEN

ENKELE OPMERKINGEN NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG „LUES ENQUÊTE 1959”

De Nederlandse artsen ontvingen een verslag over een door de hoofdinspectie in 1959 gehouden lues-enquête bij huisartsen.

Naar uit de inleiding blijkt, overweegt de hoofdinspecteur in 1961 opnieuw een onderzoek naar de stand van de lues te doen; in verband hiermede vraagt hij om commentaar.

Het beste lijkt mij, de enkele opmerkingen die ik heb, in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* te maken, zodat een ieder, die zich voor dit onderwerp interesseert, hiervan kennis kan nemen. Hierdoor kunnen mijn opmerkingen slechts aan betekenis winnen; dit temeer omdat de bij uitstek deskundigen op dit gebied niet bij deze enquête zijn betrokken. Het lijkt mij nl. niet ondenkbaar, dat ook andere venereologen dan ik, naar aanleiding van dit verslag iets hebben op te merken.

Node mis ik in dit verslag een verantwoording van de diagnose lues. Ieder weet hoe lastig deze diagnose kan zijn, en dat de klinische diagnose bevestigd moet worden door een positief resultaat van een onderzoek op *Treponema pallidum* en (of) door positieve uitkomsten van het serologisch onderzoek. Zonder ook maar iets van de kennis en de kunde van de Nederlandse huisartsen te willen afdoen betwijfel ik, of 88 pct der huisartsen in staat zijn, hun klinische diagnose op deze wijze te verifiëren. Hebben de huisartsen deze diagnose gesteld na een specialistisch consult — zoals ik aanneem dat zij allen hebben gedaan — dan lijkt het doeltreffender, deze enquête bij de specialisten te houden. Men krijgt dan bovendien het niet zo geringe aantal patiënten, aan wie de huisarts om een of andere reden niet heeft medegedeeld, dat hij of zij een geslachtsziekte heeft, en voorts de patiënten die de door venereologen geleide poliklinieken bezoeken.

Het doel van deze enquête is, documentatie te verwerven voor het te voeren beleid van de overheid. De consequenties kunnen dus zeer groot zijn, en het is daarom noodzakelijk, dat deze enquête bijzonder duidelijk wordt opgezet. De eerste zin onder „Doel en opzet” stelt mij echter voor een raadsel. Wat bedoelt de verslaggever met het woord „voorkomen”? Gaat het hier om voorkomen in de zin van „voorkomen is beter dan genezen”, of is het de bedoeling, te vragen naar het voorkomen van lijdens aan lues in Nederland gedurende de maand december 1959?

Wanneer het gaat om voorkomen in de zin van preventie — wat enigermate door het eerste deel van de zin waarschijnlijk wordt (de waardebepaling van de activiteiten ter bestrijding van de geslachtsziekten) — kan uit de beschikbare gegevens slechts worden geconstateerd, dat deze activiteiten doeltreffend waren. Deze conclusie leidt dan tot uiterste voorzichtigheid wat het toekomstige beleid betreft, omdat het altijd bijzonder gevaarlijk is, in een goed functionerend

geheel in te grijpen. Vooral omdat een goede behandeling en daarmee een goede preventie van geslachtsziekten alleen mogelijk is met een goed functionerende sociale zorg.

Het gaat bij de behandeling van geslachtsziekten en speciaal bij syfilis om wat van Amerikaanse zijde „case holding” is genoemd; bij de preventie gaat het om de „case finding”. Aan deze beide eisen kan alleen worden voldaan, wanneer er een intensieve, op vertrouwen gebaseerde samenwerking is tussen de sociale werkster, de behandelende arts en de patiënt. Uit mijn persoonlijke ervaring blijkt, dat in het Nederlandse systeem wonderwel aan deze primaire voorwaarde is voldaan.

Bedoelt men met voorkomen het aantal patiënten in december 1959 en gaat men ervan uit, dat de cijfers juist zijn (hoewel dit, voor mij althans, allerm minst vast staat), dan kan ik niet inzien, wat men hiermede wil betogen. Het gaat nl. niet om het aantal patiënten, maar om het aantal mensen, dat door de activiteiten ter bestrijding van de geslachtsziekten beschermd zijn tegen een infectie met alle risico's van dien.

In het kort gezegd, het gaat erom, of het Nederlandse volk als geheel zo goed mogelijk beschermd is tegen deze ernstige ziekten, ernstig wat hun betekenis voor de mens als individu betreft, ernstig ook wat de menselijke samenleving aangaat. Een onvoldoende, beter gezegd, een niet optimale sociale zorg bij deze ziekten kan de maatschappij op bijzonder grote bedragen komen te staan in de vorm van invaliditeit, van verpleegkosten en last but not least op een groot verlies aan levensgeluk voor de patiënt en zijn familie.

De verantwoordelijkheid van onze gezagsdragers in deze materie is bijzonder groot, ik benijd hen deze niet. Wellicht ware het een steun voor hen, ook deskundigen op dit speciale terrein om raad te vragen.

Amsterdam, augustus 1960

D. J. H. VERMEER

Gaarne wil ik een enkele opmerking maken over het commentaar van collega VERMEER naar aanleiding van het verslag lues-enquête 1959.

Het verslag was in de eerste plaats bedoeld om de huisartsen, wier medewerking voor het slagen van de enquête onontbeerlijk is geweest, op de hoogte te stellen van de resultaten. Ook aan enkele andere groepen van artsen, die naar ik meen in de epidemiologie van lues geïnteresseerd zijn, werd dit verslag ter informatie toegezonden. Dat door deze enquête geen volledig inzicht werd verkregen in de stand van de geslachtsziekten in Nederland, lijkt mij nauwelijks een discussie waard. Ik kan niet aannemen, dat collega VERMEER veronderstelt, dat ik deze illusie zou hebben gehad. De bedoeling was echter een andere.

De adviesbureaus zijn indertijd opgezet om de patiënten niet alleen medische, maar ook maatschappelijke zorg en nazorg te geven. De registratie van de patiënten die de bureaus bezoeken, zou een behoorlijk inzicht kunnen geven in de stand van de geslachtsziekten. Daar het instellen van deze bureaus als een landelijk belang werd gezien, werd hiervoor Rijkssubsidie beschikbaar gesteld.

Het aantal patiënten, dat de bureaus bezoekt, is in de afgelopen jaren echter sterk gedaald. Sommige bureaus worden nauwelijks of helemaal niet meer bezocht en enkele zijn vanzelf geliquideerd. Deze ontwikkeling kan verschillend verklaard worden.

In Nederland toont het aantal patiënten met geslachtsziekten een daling, die evenredig is aan het aantal bezoekers van de bureaus. In dat geval is de liquidatie verantwoord. Het is echter ook mogelijk, dat de bureaus in opzet en functie tekortschieten en aan belangstelling verliezen zonder dat het totale aantal patiënten evenredig daalt. In het laatste geval vraagt het werk van deze bureaus om herziening en in elk

geval is het wel duidelijk, dat de registratie van de patiënten die de bureaus bezoeken, dan een verwrongen beeld geeft van de stand van de geslachtsziekten.

Uit deze enquête blijkt, dat beide situaties zich in Nederland voordoen, hetgeen nauwelijks anders verwacht kan worden. Aan het doel, een juister inzicht in deze ontwikkeling te verkrijgen, heeft dit onderzoek dan ook beantwoord.

Het zal nu nodig zijn, na te gaan, op welke wijze de sociale zorg en nazorg voor de patiënten en de registratie beter kunnen worden georganiseerd. In het bijzonder moet de vraag worden beantwoord, of het instituut der adviesbureaus op kosten van het Rijk daarvoor wel de meest aangeezwen vorm is.

Dat hierbij overleg gepleegd zal worden met de specialistenorganisatie, ligt voor de hand. Bij dit eerste onderzoek leek het echter verstandiger, alleen de huisartsen in te schakelen, al was het alleen maar om dubbel tellen te voorkomen, namelijk van de patiënten, die òn de huisarts òn de specialist bezoeken, alsook van de patiënten, die òn de specialist òn de door specialisten geleide bureaus bezoeken.

's-Gravenhage, 19 september 1960

H. J. DIJKHUIS,
geneeskundig hoofdinspecteur
van de volksgezondheid

INTERN ONDERZOEK BIJ CHIRURGISCHE PATIËNTEN

In de Nuttige Notitie No. 17 (1960) wordt een vraagstuk aangesneden en afgehandeld op een wijze die m.i. het aanzien en de plaats van het chirurgische specialisme ten onrechte aantast en schaadt.

Een chirurg, leider van een belangrijke chirurgische afdeling, verdedigt het principe, patiënten met een chirurgische afwijking, die terecht door de huisarts naar hem zijn verwezen, na een vluchtig poliklinisch onderzoek naar de internist door te verwijzen.

Niemand zal willen ontkennen, dat een coloncarcinoom een chirurgische aandoening is, alleen de chirurg is in staat radicale of palliatieve hulp te bieden. De diagnostiek van chirurgische ziekten is voor een zeer belangrijk percentage gelukkig in handen van de chirurg even veilig als in die van de internist. Maar de instelling van de chirurg waarborgt alleen, veelal door een snellere gerichtheid van het onderzoek, een snellere diagnose, hetgeen vooral bij acute en maligne aandoeningen van onschatbare waarde voor de patiënt is.

Een chirurg, die niet tevens in staat is, de algemene toestand van de patiënt voldoende te beoordelen, al zal hij, zo nodig, de zeer gewaardeerde hulp van de internist inroepen, in gevallen, waar zijn kennis tekortschiet (bv. bij het vinden van diabetes, ernstige stoornissen van cardiovasculaire aard, enz.), is geen clinicus en verlaagt zich weer tot het peil van zijn historische voorganger, de chirurgijn, die op aanwijzing van de medicinae doctor een abces mocht openen of een aderlating mocht verrichten.

Natuurlijk doen wij gaarne en vaak een beroep op de internist. Vooral bij oudere mensen en bij gecompliceerde ziektegevallen is de onderlinge samenwerking innig en ook noodzakelijk. De chirurg late echter niet het onderzoek, de voorbehandeling en wellicht ook de nabehandeling aan anderen over, zonder zichzelf te verdiepen in het belangwekkende diagnostische probleem, zonder mede de röntgen-diagnostiek te beoefenen, zonder de gelegenheid te benutten tijdens het onderzoek de patiënt zelf wat nader te komen, enz. Op deze wijze verliest men het contact met de kliniek, met de patiënt, dus met de mens, die zijn leven aan de chirurg toevertrouwt, en wordt men alleen maar technicus.