

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.

De in de Nuttige Notitie genoemde patiënt had hartinfarcten doorgemaakt, zoals later bleek, dus was er een intern of cardiologisch consult noodzakelijk, maar de premisse waarvan werd uitgegaan, was onjuist. De chirurg diende te onderzoeken, en zelfs voor een chirurg is het niet zo moeilijk bij de anamnese een doorgemaakt hartinfarct op te sporen, en dan de internist of cardioloog in consult te vragen.

Is het nu werkelijk zo ver gekomen, dat bij een anemie door bloeding de internist dit moet diagnostiseren en behandelen? Moet een chirurgische patiënt als hij bronchitis heeft per se door een internist worden onderzocht en behandeld? Moet bij een prostaatlijder de nierfunctie door de internist worden gecontroleerd en moet de internist ingeschakeld worden bij de behandeling van een slechte nierfunctie die door langdurige urineretentie is ontstaan?

Het laboratoriumonderzoek staat de chirurg evengoed ten dienste als de internist, die ook zijn bepalingen vrijwel nooit meer zelf uitvoert. De beoordeling of het ureumgehalte te hoog is, of het eiwitspectrum gestoord is, of er een stoornis is in de elektrolytenbalans, om maar enkele dingen te noemen, is toch niet zo moeilijk. Het bepalen van een bloedgroep en het juist uitvoeren van een bloedtransfusie is toch niet het prerogatief van de internist?

Merkwaardig is het, dat zo iets door de internist ook in het algemeen niet werd gesteld, maar dat een dergelijk defaitistisch geluid van een chirurg kwam.

Dat een chirurg zonder assistenten dikwijls gedwongen is, althans spoediger in de verleiding komt, wat ruimer gebruik te maken van de hulp van de internist moet er niet toe leiden, dat de chirurg een alleen technisch en mechanisch denkend en handelend, en dus onvolledig medicus wordt.

Tenslotte wil ik nog opmerken, dat de „Nuttige Notities” toch bedoeld zijn om vooral de huisarts voor te lichten en hem in prettig leesbare vorm kennis te doen nemen van de interessante problemen, die zich in de kliniek kunnen voordoen. Het komt mij voor, dat deze Nuttige Notitie hierin ernstig tekort is geschoten en bij de huisarts aanleiding moet geven tot verwarring, hoe hij dient te handelen bij vermoeden van een maligne aandoening in het darmkanaal.

De economische kant van de zaak wil ik slechts in het kort ter sprake brengen, ofschoon hierover veel te zeggen zou zijn. Het is geen uitzondering wanneer een patiënt met een ongecompliceerde galsteenziekte of coloncarcinoom drie weken op een interne afdeling ligt voordat hij naar de chirurg wordt overgeplaatst. Het is nu eenmaal blijkbaar essentieel voor klinisch intern onderzoek, dat hierbij naar perfectionisme wordt gestreefd. Hiervan zou ik niet gaarne de internist een verwijt willen maken, maar toch rijst bij de chirurg herhaaldelijk de vraag, of het werkelijk noodzakelijk was om zo ontzaglijk veel bij een patiënt te onderzoeken zonder dat er enige indicatie toe bestond.

In het onderhavige geval zou de patiënt uit de Nuttige Notitie, die wegens zijn kwaal noodzakelijk geopereerd moest worden ondanks zijn doorgemaakte hartinfarcten, klinisch onderzocht en voorbereid door de chirurg, binnen tien dagen geopereerd hebben kunnen worden met inbegrip van intern of cardiologisch consult.

Literatuur: Nuttige Notitie No. 17 (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 1672.

Rotterdam, 2 september 1960 C. VAN STAVEREN

Collega VAN STAVEREN spreekt over de bedoeling van de Nuttige Notities. Mag ik bij mijn antwoord bij dit punt beginnen. Ik wil nl. deze gelegenheid benutten om iets mede te delen over het ontstaan en de opzet van onze rubriek.

De Nuttige Notities berusten op een verzoek van de redactie van dit *Tijdschrift* om hulp te bieden bij de verzorging van de rubriek „Conferenties en Demonstraties”. Na onderling overleg besloot onze staf op dit verzoek in te gaan. Op onze stafbesprekingen waren wel eens zieken gedemonstreerd of samenspraken gehouden, die voor ons allen van veel nut waren geweest. Wij overwogen, soortgelijke besprekingen als Nuttige Notities te gaan bewerken, in de hoop dat ook anderen hieraan iets zouden hebben. Een vermete gedachte misschien! Wij hebben dan ook wel gearzeld! Zonder twijfel zou het gaan om ziektegevallen, waarbij wij of anderen niet bijzonder gelukkig waren geweest, of ziektegevallen, waarbij zich uitzonderlijke problemen hadden voorgedaan. Problemen, waarvan de oplossing werd nagestreefd, doch niet altijd verkregen! Wij beseften, dat het openbaar maken van deze min of meer „gekleurde” gevallen gevaarlijk kon zijn. Zou men ons niet gaan verwijten, te veel te willen doceren? Was niet reeds de naam „Nuttige Notitie” een aanmatiging? Dat wij nochtans met onze rubriek in zee gingen, berustte op de overweging, dat de keuze der onderwerpen en de schrijfrant onze bedoeling wel zou verduidelijken.

Collega VAN STAVEREN heeft deze wel begrepen, maar niet geheel. Zeker, bij het uitzoeken der onderwerpen hebben wij bij voorkeur de huisartsen op het oog. Sommige stukjes echter zijn voor alle geneeskundigen bedoeld, andere weer in het bijzonder voor specialisten resp. ziekenhuisartsen. Een aantal van deze bijdragen heeft iets gemeen: ze brengen vragen ter sprake, waarop het antwoord niet eensluidend kan zijn, maar ook niet hoeft te zijn. Dit betekent, dat zulk een Nuttige Notitie werd geschreven in de hoop, dat anderen hun mening naast de onze zouden willen plaatsen. Anders gezegd: deze bijdragen worden van tijd tot tijd pas nuttig, wanneer ze reacties opwekken. Reacties, die — gaarne zij dit erkend — voor de lezerskring van meer waarde zijn, wanneer ze niet op bijval, maar juist op verzet berusten. Pas dan worden de problemen „aangepakt” en krijgt een ieder de gelegenheid om zich een der verdedigde standpunten eigen te maken.

Met de redactie van dit *Tijdschrift* werd afgesproken, dat wij onze rubriek zouden voortzetten, zo lang — naar de mening dezer redactie — daaraan behoefte bestond. Aannemende dat dit tijdstip nog niet is angebroken, zouden wij onze toekomstige „tegenstanders” iets willen vragen: laten zij beseffen, dat onze stukjes „in bescheidenheid” tot stand komen. Eigen inzichten en opvattingen worden weliswaar neergeschreven en zo goed mogelijk verdedigd, doch ze worden geenszins aan anderen opgedrongen. Daarvoor leiden — ook in de geneeskunde — te veel wegen naar Rome!

Wie deze uitspraak als welgemeend wil aanvaarden, zal bij zijn oppositie vanzelf de juiste weg kiezen: hij zal niet zozeer de door ons verdedigde stellingen aanvallen en trachten af te breken, doch veeleer een eigen geluid laten horen. Een geluid, dat — naar ook wij hopen — weerklank zal vinden en anderen — wellicht ook ons — tot andere inzichten brengt. Pas zo komen wij verder!

Na deze inleiding zal collega VAN STAVEREN begrijpen, dat wij met zijn ingezonden brief blij zijn. Hij verdedigt in krachtige bewoordingen zijn standpunt. Een eigen geluid dus! Overtuigen kon het ons ditmaal niet. Zelf wil ik geen pogingen doen om hem te weerspreken. Wel wil ik erkennen, dat ik zijn bezwaren tegen de in Nuttige Notitie no. 17 geschetste „co-operatie” heel goed kan aanvoelen. Ook ik heb aan deze langzaam moeten wennen. De positie van ons chirurgen heeft zich in de latere jaren dan ook wel gewijzigd! Als een degradatie van ons vak zie ik dit echter niet. Te

zeer zijn onze resultaten van eigen kennis en kunde afhankelijk gebleven! Ik kan collega VAN STAVEREN dan ook verzekeren, dat ik mijn vak met evenveel voldoening beoefen als vroeger. Ja, eigenlijk met nog meer voldoening, omdat ik de overtuiging heb, dat mijn eigen „wegcijfering” de zieken ten goede kwam en komt. Ik prijs mij gelukkig dit te kunnen zeggen.

Natuurlijk zijn aan onze wijze van werken bezwaren verbonden. Het zal collega VAN STAVEREN bekend zijn, dat al meer Nederlandse chirurgen de diagnostiek aan „hun” internisten overdroegen en dat zij hen ook een taak toedenken bij de voor- en nabehandeling. Er bestaat sedert enkele jaren een vereniging van „chirurgische internisten”, een groep van inwendige geneesheren, die tezamen met „hun” chirurgen geregeld bijeenkomt en de problemen in een open bespreking tot oplossing tracht te brengen. Met de chirurgen uit deze groep had ik meermalen gesprekken. Ik meen te kunnen zeggen, dat onze ervaringen dezelfde zijn: werkelijk gebaat zijn onze zieken pas, wanneer internist en chirurg elkaar hebben „gevonden”. Zoiets kost echter tijd, en veel goede wil en aanpassingsvermogen zijn blijvend noodzakelijk. Bovendien is de verantwoordelijkheid ten opzichte van de zieke somtijds te veel verdeeld en dreigt ook de opleiding onzer assistenten wel eens in het gedrang te komen. Toch menen wij, dat — zodra een eenheid in opvatting is bereikt en een goed wederzijds vertrouwen bestaat — het peil van onze prestaties door deze samenwerking wordt verhoogd. Dit nu zien wij als een winst, die ruimschoots tegen de bezwaren opweegt.

Collega VAN STAVEREN vreest, dat onze Nuttige Notitie no. 17 de huisartsen in de war zal brengen. De kans hierop lijkt mij niet groot. De huisartsen zullen in het algemeen wel weten, hoe de verhoudingen in hun ziekenhuizen liggen. Zij zullen zich wel bij deze aanpassen.

Voor alle zekerheid wil ik opmerken, dat onze Nuttige Notitie niet tot doel heeft gehad, de capaciteiten van de chirurgen te kleineren. Mocht er een „douwteje” gegeven zijn, dan was dit eer voor de internist bedoeld.

Arnhem, 17 september

H. R. BAX, *chirurgijn*

Anno Domini 1960

BLOEDING UIT DE ARTERIA MENINGEA MEDIA NA TRAUMA, EN BLOEDSTELPING DOOR EEN HANDGREEP ALS EERSTE-HULPMAATREGEL

Met belangstelling begon ik het artikel van Dr. W. R. H. KRANENBURG (1960) te lezen. Deze belangstelling veranderde in toenemende mate in verwondering op grond van de volgende redenen.

Allereerst bevat het artikel een belangrijke anatomische onjuistheid, immers de arteria meningea media is niet de eerste tak van de arteria carotis externa, zoals schrijver zegt. Het is de vierde tak van de arteria maxillaris interna, die zelf de achtste tak van de carotis externa is!

Belangrijker echter lijkt mij de bewering van de schrijver, dat het mogelijk zou zijn van buiten af de arteria meningea media dicht te drukken, waar deze in de weke delen naar het foramen spinosum loopt, zonder dat hij hiervoor ook maar enig bewijs aanvoert. Maar waarop is deze bewering dan gebaseerd, behalve op een veronderstelling?

Daar deze veronderstelling mij zeer onwaarschijnlijk leek en het mij belangrijk voorkwam, zekerheid te verkrijgen

over de waarde van schrijvers handgreep, heb ik tijdens een operatie de gelegenheid aangegrepen om rechtstreeks te controleren, of nu werkelijk met deze handgreep enigerlei invloed kan worden uitgeoefend op de bloedingen uit de arteria meningea media. Tijdens een operatie volgens Spiller-Frazier (wegens trigeminus-neuralgie) heeft men hiertoe nl. de gelegenheid. Het bleek hierbij, dat bedoelde handgreep niet de minste invloed had, noch op een bloeding uit een duratakje van dit vat, noch op een bloeding uit de hoofdstam van het vat, ter plaatse van het foramen spinosum. Hiermede is m.i. een deugdelijk argument verkregen voor de opvatting, dat de handgreep van Kranenburg van geen waarde is bij de bestrijding van bloedingen uit de arteria meningea media.

Het zij mij veroorloofd nog twee verdere opmerkingen betreffende het artikel van collega KRANENBURG te maken. De schrijver vindt het merkwaardig, dat beide grote tenen een dorsale flexie tonen bij 20 patiënten met een epiduraal hematoom, „immers het bewegingscentrum van voet en tenen is hoog in de motore hersencentra gelegen”! Dit is in het geheel niet vreemd. Als de schrijver consequent is, zal hij het nog veel merkwaardiger moeten vinden, dat bij een dwarslesie van het ruggemerg — nog veel verder verwijderd van de motore hersencentra van voet en tenen — de grote tenen ook een dorsale flexie tonen.

Het bevreemdt mij, dat de Redactie, die zó grote ijver en zorg besteedt aan stijl, spelling en woordkeus, de schrijver niet attent heeft gemaakt op de m.i. zoveel belangrijkere medische onjuistheden die zijn artikel bevat. Al met al kan dit artikel naar mijn mening slechts misleidend werken. Het brengt artsen en EHBO-helpers volkomen ten onrechte in de waan, dat zij iets nuttigs doen bij een zo ernstige en spoedeisende aandoening. Hierdoor zal geheel overbodig tijd verloren gaan, hetgeen noodlottige gevolgen kan hebben. Is er werkelijk een epiduraal hematoom, dan moet er toch geopereerd worden en wel zonder enig uitstel; is er geen, dan heeft de handgreep van Kranenburg geen enkele indicatie. Het valt dan ook te betreuren, dat een dergelijke mededeling, die alleen maar gevaarlijk is, doch niet nuttig kan werken, zijn weg in de literatuur vindt.

Literatuur: KRANENBURG, W. R. H. (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 1616.

Wassenaar, 24 augustus 1960

A. C. DE VET

In mijn artikel had moeten staan: De arteria meningea media is craniaalwaarts de derde zijtak van de arteria maxillaris interna uit de arteria carotis externa.

Bilthoven, 10 september 1960

W. R. H. KRANENBURG

Collega DE VET prijst onze zorg voor stijl en spelling, maar verwijt ons onvoldoende kritiek op de inhoud. Wij kunnen hem verzekeren, dat ook aan de inhoud van de artikelen, die in ons *Tijdschrift* verschijnen, de grootst mogelijke aandacht wordt besteed en dat wij daarbij de steun hebben van vele adviseurs.

Dat zowel ten aanzien van de vorm als van de inhoud kritiek op ons *Tijdschrift* nodig blijft, spreekt wel vanzelf. Wanneer die zo deskundig en gemotiveerd is als die van collega DE VET, kunnen wij daarvoor slechts dankbaar zijn.

Amsterdam, 19 september 1960

REDACTIE