

gen, de patiëntjes gelegenheid boden, hun lichamelijke gezondheid te onderhouden.

Een enkel woord over de plaats van de kinderpsychiatrie aan de universiteiten. Alle zestien door mij bezochte universiteiten hadden een kinderpsychiatrische afdeling, in den regel zowel een klinische als poliklinische. In het onderwijsprogramma neemt de kinderpsychiatrie een ruime plaats in. Belangwekkend is, dat de medische studenten in hun eerste jaren een onderbouw van psychologische colleges krijgen, waarop de kinderpsychiatrische opleiding aansluit.

In verschillende opleidingscentra in de Verenigde Staten wordt de voorkeur gegeven aan besprekingen in discussiegroepen, bestaande uit een beperkt aantal studenten. Aan de universiteit van Rochester N.Y. bij voorbeeld, waar van de duizend gegadigden per jaar omstreeks zeventig studenten in de geneeskunde worden toegelaten, worden de studenten over zes discussiegroepen verdeeld, elk onder leiding van een „instructor”.

Een bijzonder boeiende opleiding biedt de „Medical School” van de „Western Reserve University” te Cleveland. Het leidende principe is hier, de studenten met zieke mensen in plaats van met zieke organen vertrouwd te maken. Men wil de student een zodanige scholing geven, dat hij in staat is, de patiënt als totaliteit te zien. Dit bereikt men door samenwerking van alle mogelijke specialisten. Uit de diverse afdelingen van de faculteit wordt een commissie gevormd, om de zogenaamde „subject teaching” te organiseren.

Over het algemeen kan men zeggen, dat de stof van het eerste studiejaar ontwikkelingspsychologie betreft — aan verschillende universiteiten van verschillende gezichtshoek gedoceerd — zodat de leer van de geestelijke ontwikkeling van het kind (en tevens de in de ontwikkeling zich voordoende ontwikkelingen) aan de behandeling van de psychopathologie van de volwassene voorafgaat. Dit principe wordt ook in praktijk gebracht. Zo heeft men in Rochester N.Y. en aan de beroemde Yale University te New Haven in de kliniek een „nursery school” voor kinderen van buiten, o.a. zoontjes en dochtertjes van stafleden en docenten. Van de 28 leerlingen die het schooltje te Rochester telt, zijn er zes in groepsbehandeling genomen. Zo raken de studenten vertrouwd met de observatie van jonge kinderen in een normale omgeving en krijgen zij oog voor beginnende stoornissen in de ontwikkeling.

Het lijkt mij van bijzonder belang, dat de assistenten in de kindergeneeskunde aan sommige universiteiten een stage in de kinderpsychiatrie lopen, niet — zoals men met nadruk stelde — om hen tot kinderpsychiaters op te leiden, maar om hen bekend te maken met de grondbeginselen van de kinderpsychiatrie, zodat zij naderhand in staat zijn, het aandeel van de psyche in de totstandkoming, het verloop en de verwerking van lichamelijke ziekten te onderkennen.

De kinderpsychiatrie is een erkend subspecialisme van de psychiatrie. Dit komt hierop neer, dat de opleiding tot zenuwarts aan die tot kinderpsychiater voorafgaat. De laatstgenoemde opleiding duurt dan nog twee jaar. Aan sommige universiteitsklinieken bestaat nog de goede gewoonte, dat alle assistenten in de psychiatrie een stage in de kinderpsychiatrie volgen. Wanneer de stage de duur van een jaar heeft bereikt, wordt de specifieke opleiding tot kinderpsychiater met een jaar bekort. Om het predicaat te verwerven, dient men echter een examen af te leggen. Juist in de tijd van mijn verblijf leden veel jonge collega's aan examenkoorts: de eerste examens in kinderpsychiatrie werden afgenomen. De kinderpsychiatrie was een nieuwe fase ingegaan.

Tenslotte iets over de „research”, die in diverse centra een grote plaats inneemt. Soms komt het accent volledig

hierop te liggen, zoals in het St. Luke's Hospital te New York. Van de universitaire centra moet de Washington University te St. Louis genoemd worden, waar enige jaren geleden een afzonderlijke leerstoel voor kinderpsychiatrie is gesticht. De hoogleraar ANTHONY, destijds aan het Maudsley Hospital te Londen verbonden, heeft de beschikking over één kinderpsychiater en vijf psychologen, die zich uitsluitend aan „research” wijden. Iedere week wordt een „research seminar” gehouden, waaraan de gehele staf deelneemt.

Wanneer de „research” grootscheeps is opgezet, zoals in de Lafayette Clinic te Detroit, is een „research coordinator” nodig, om de onderzoeken die zich in de verschillende afdelingen ontwikkelen, te coördineren. Het huidige onderzoek op de Lafayette Clinic betreft de intermediaire stofwisseling bij schizofrenen. De psychiatrische en de neurologische kliniek alsmede de afdelingen voor elektro-neurologie, biochemie, psychofysiologie en het laboratorium voor experimenteel dieronderzoek zijn hierin alle betrokken.

Wanneer men door een research-instituut rondwandelt, kost het enige moeite zich niet afgunstig te tonen. In de Verenigde Staten zijn er meer fondsen voor wetenschappelijk onderzoek dan bij ons. De man van de wetenschap verkeert er in een benijdenswaardige positie.

Oegstgeest, juli 1960

D. ARN. VAN KREVELEN

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).

SCHISTOSOMIASIS

Naar aanleiding van de artikelen van RODRIGUES PEREIRA en BRANDT (1960) en TEN BERG (1960) over schistosomiasis, moge ik de volgende opmerkingen maken, welke gebaseerd zijn op ervaringen in de Lake Province, Tanganyika, waar deze ziekte hyperendemisch is.

Schistosomiasis haematobia en schistosomiasis mansoni zijn twee duidelijk onderscheiden ziekten met een verschillende epidemiologie. Het gezamenlijke vóórkomen bij een patiënt is uitzondering. Hier lijdt bv. 80-90 pct van de bevolking van Sukumaland aan schistosomiasis haematobia en maar 1-2 pct aan schistosomiasis mansoni, maar op het eiland Ukerewe, 30 km van Sukumaland, lijdt ongeveer 40 pct van de mensen aan schistosomiasis mansoni en maar 1-2 pct aan schistosomiasis haematobia.

Er zijn ook klinisch duidelijke verschillen. Schistosomiasis haematobia is in onze ogen een vrij onschuldige ziekte, waarvan het merendeel der lijders geen enkele klacht heeft, op wat hematurie na, wat door de Sukuma's welhaast voor een fysiologisch verschijnsel wordt aangezien. Late complicaties, zoals blaascarcinoom, hydronefrose, etterige cystitis, ziet men niet vaak, en dan nog blijft het de vraag, of schistosomiasis haematobia als enige oorzaak hiervan kan worden aangemerkt. In verband met het grote aantal lijders, de langdurige en niet onschuldige behandeling en de grote kans op spoedige re-infectie, was het in Sumve (dat midden in het schistosomiasis-haematobiagebied ligt) onze gewoonte, hen die met deze ziekte besmet waren en geen symptomen hadden, niet specifiek te behandelen.

Schistosomiasis mansoni is een veel ernstiger ziekte, voornamelijk door de zg. late complicaties, met name levercirrose, die zich toch al vroeg kunnen ontwikkelen. Er liggen hier bv. op het ogenblik vijf kinderen van 8-12 jaar met deze ziekte. Milt en lever zijn monstrueus vergroot. De kinderen zijn mager en anemisch.

Ernstige en vaak dodelijke haematemesis komt vaak voor.

Hoewel symptoomloze besmetting met *Schistosoma mansoni* ook hierbij voorkomt, hebben de lijdens hiearaan toch ook veel meer vroege klachten, zoals vage pijn achter het sternum, pijn in botten en gewrichten, algemene malaise, dan lijdens aan schistosomiasis haematobia. Ondanks gelijksoortige bezwaren tegen specifieke therapie als voor schistosomiasis haematobia vermeld, menen wij hier daarom, iedere besmette een volledige antimoonkuur te moeten geven.

De diagnose is meestal zeer simpel: de eieren van *Schistosoma haematobium* vindt men in de urine (laatste portie) en die van *Schistosoma mansoni* in de ontlasting (zo nodig na toediening van een laxerend middel). Het is maar zelden nodig, tot verdere ingrepen over te gaan. Als men bij een gegronde vermoeden na verschillende malen urine en ontlasting te hebben onderzocht niets vindt, kan men voor schistosomiasis haematobia cystoscopie doen, met zo nodig biopsie van het blaaslijmvlies. Voor schistosomiasis mansoni is dan een rectumbiopsie aangewezen. Door het verwijderde stukje slijmvlies met wat 0,9 pct NaCl-oplossing tussen twee objectglazen plat te drukken en onder een microscoop te leggen, kan men durante operatione de diagnose stellen en zo nodig nog biopsie doen. Leverbiopsie is voor de diagnose van schistosomiasis haematobia een overbodige ingreep, omdat het rectum als „primaire huisvesting” van de wormen altijd veel meer eieren bevat dan de lever. Als men bij een leverbiopsie één ei mocht vinden, zou men er in het rectum zeker vele hebben gevonden, en een negatieve leverbiopsie sluit om dezelfde reden een infectie met *Schistosoma mansoni* geenszins uit.

Wat de therapie betreft, dient naast de door RODRIGUES PEREIRA en BRANDT vermelde middelen zeker nog natriumantimonylgluconaat (Triostam) genoemd te worden. Van dit middel geeft men dagelijks 3 mg/kg lichaamsgewicht intraveneus gedurende zes dagen. Met dit middel werden hier bij enige Europese patiënten goede resultaten geboekt zonder noemenswaardige bijverschijnselen. Bij Afrikanen daarentegen moesten wij er vanwege ernstige reacties: hoge koorts, braken, ernstig gevoel van onbehagen, spoedig mee ophouden. Misschien berustte dit op een soort reactie van Herxheimer, in hevigheid evenredig aan het aantal wormen dat de patiënt herbergt. Omdat Europese lijdens in het algemeen maar weinig wormen zullen herbergen, lijkt Triostam het aangewezen middel voor patiënten, die in Nederland onder behandeling komen, omdat de kuur maar zo kort is. Het zou jammer zijn, als bv. van een kostbare verloftijd onnodig lang aan een medische behandeling zou moeten worden besteed.

Literatuur: BERG, J. A. G. TEN (1960) *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1599. — RODRIGUES PEREIRA, A. en K. H. BRANDT (1960) Blaasafwijkingen, veroorzaakt door *Schistosoma haematobium*. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 1326.

Ukerewe, Tanganyika

A. P. OOMEN

RETINOPATHIA DIABETICA EN DE ZORGVULDIGHEID VAN DE DIABETESBEHANDELING

Over de invloed van de diabetesbehandeling op het ontstaan van de zogenaamde late complicaties bestaat bij de internisten nauwelijks twijfel. De steeds frequenter wordende retinopathia maakt hierop geen uitzondering. Het is van

weinig belang, of het hoge bloedsuikergehalte dit veroorzaakt dan wel of de stofwisselingsstoornissen die tegelijk met het hoge bloedsuikergehalte ontstaan, de oorzaak ervan zijn. Hoe groot het belang van een goede behandeling is, moge blijken uit enige aanhalingen uit een recent artikel van Root c. s. (1959) handelende over 849 gevallen van retinitis proliferans: „It is not merely the duration of the diabetes, but the quality and degree of the control of diabetes which will prevent or postpone retinitis”. „In the experience at the Joslin Clinic no patient with excellent or good control of diabetes, immediate use of insulin at the onset of diabetes, continuous and good medical supervision and daily testing of the urine to prevent glycosuria and hyperglycemia, has been seen to have proliferative retinopathy”. Waarschijnlijk heeft geen kliniek op dit punt een zo grote ervaring als het diabetescentrum van JOSLIN. De conclusies van andere internisten, die vele gevallen langdurig hebben geobserveerd, stemmen hiermede overeen (zie o.a. SVEN JOHNSON 1960).

Helaas wordt de overgrote meerderheid van de suikerzieken niet gedurende het gehele verloop van de ziekte goed behandeld en bij ieder geval van retinitis die met blindheid eindigt, moet de arts zich afvragen, of hij voldoende tijd aan deze patiënt heeft besteed en of hij hem voldoende heeft gewezen op de gevaren van een slecht gecontroleerde diabetes. Het zou ons geweten ontlasten als zou blijken, dat retinitis niet toe te schrijven is aan tekortkomingen van de patiënt en zijn arts.

Helaas ben ik door de stellige uitspraak van Prof. DEKKING (1960), dat het standpunt van JOSLIN „ten enenmale onjuist is” niet gerustgesteld, al weet ik, dat dit de opvatting is van vele oftalmologen. Deze specialisten zien de patiënt vaak pas als het kwaad reeds is geschied, en het is denkbaar, dat het mededogen met de patiënt, die zij van zijn schuldgevoel willen bevrijden, hun oordeel beïnvloedt. Wanneer dit mededogen zich echter ook over de behandelende internisten uitstrekt, moet ik deze bescherming beslist van de hand wijzen.

Literatuur: DEKKING, H. M. (1960) Substitutie therapie met droppreparaten na adrenalectomie. *Ned. T. Geneesk.* **104**, 2249. — JOHNSON, S. (1960) Retinopathy and nephropathy in diabetes mellitus. *Diabetes*, **9**, 1. — ROOT, H. R., S. MERSBY en J. DITZEL (1959) Proliferative retinopathy in diabetes mellitus. *J. Amer. med. Ass.* **169**, 903.

Amsterdam, 9 november 1960

J. G. G. BORST

JOSLIN schrijft: „no patient with excellent control of diabetes . . . has been seen to have proliferative retinopathy”. Dat is zeer goed mogelijk; zo hebben ook de meeste radiologen nooit een röntgen-cataract gezien. Immers, patiënten die een achteruitgaande visus hebben, gaan naar de oogarts, en gaan niet terug naar de radioloog die hen heeft bestraald of naar de internist die hen indertijd voor diabetes heeft behandeld.

Ik heb zelf te veel patiënten blind zien worden aan een proliferatieve diabetische retinopathie, patiënten die altijd volmaakt gereguleerd zijn geweest, om enige waarde te hechten aan de apodictische uitspraak van de internist: JOSLIN.

Groningen, 23 november 1960

H. M. DEKKING