

proberen bij soortgelijke patiënten, bij wie de diagnose echter wel pathologisch-anatomisch bevestigd is.

Amersfoort, 23 december 1960

J. D. VERVOORN

INTELLECTUELE TEKORTEN

De klinische les van collega GREWEL (1960) bevat een onjuistheid, die aan de niet genoeg te loven strekking echter geen afbreuk doet.

Het in 1942 door KLINEFELTER, REIFENSTEIN en ALBRIGHT beschreven en sindsdien als klinefelter-syndroom aangeduide symptomencomplex betreft somatisch onmiskenbaar mannelijke individuen met gynaecomastie, kleine testikels, die hyaliene fibrose der zaadkanalen tonen bij aanwezigheid van normale of te grote aantallen leydigcellen, en welke individuen aan azoöspermie lijden. Door HELLER en NELSON is in 1945 dit syndroom onderverdeeld in subgroepen, al naar gelang de leeftijd, waarop het zich manifesteert.

De vroege vormen kenmerken zich door duidelijk hypogenitalisme met eunuchoid lichaamsbouw en ontbreken van gynaecomastie, de latere vormen door het ontbreken van hypogenitalisme, een normale lichaamsbouw, doch duidelijke gynaecomastie. Tussen de twee groepen zijn er uiteraard overgangsvormen.

Pas na het bekend worden van de mogelijkheid tot vaststelling van het chromosomale geslacht (MOORE en BARR 1953, 1954), heeft men gevonden, dat een deel van deze patiënten — en wel ongeveer de helft — een genetisch vrouwelijk geslachtschromatinepatroon te zien geven. Volgens recente onderzoekingen zouden ze in het bezit zijn van een XXY-complex (JACOBS en STRONG 1959), of een gemengd XX-XXY-complex (FORD c.s. 1959a, 1959b), zodat het Y-chromosoom blijkbaar de ontwikkeling van een somatische mannelijkheid determineert.

Het is mij bekend, dat PRADER c.s. in 1958 een significant verschil vond in de percentages vrouwelijke geslachtschromatine bij jongens met intellectuele tekorten en een vergelijkbare groep gymnasiasten, waaruit dus een correlatie blijkt tussen het voorkomen van het klinefelter-syndroom en het voorkomen van intellectuele tekorten. Het is mij echter niet duidelijk geworden, waarom collega GREWEL het gedemonstreerde patiëntje A als lijdende aan het klinefelter-syndroom beschouwt. Het somatische geslacht is niet onmiskenbaar mannelijk, ondanks de grote clitoris, en het geslachtschromatinepatroon wijkt ook af van wat men bij een klinefelter-syndroom met vrouwelijke geslachtschromatine zou mogen verwachten. Van de al of niet aanwezigheid van testikels blijkt niets. Histologisch onderzoek hiervan zou op deze leeftijd hieromtrent trouwens nog geen uitsluitend gegeven hebben.

Literatuur: FORD, C. E. e.a. (1959a) *Lancet* I, 711; (1959b) *Nature (Lond.)* **183**, 1030. — GREWEL, F. (1960) *Intellectuele tekorten. Ned. T. Geneesk.* **104**, 2649. — HELLER, C. G. en W. O. NELSON (1945) *J. clin. Endocr.* **5**, 1. — JACOBS P. A. en J. S. STRONG (1959) *Nature (Lond.)* **183**, 302. — KLINEFELTER, H. F., E. C. REIFENSTEIN en F. ALBRIGHT (1942) *J. clin. Endocr.* **2**, 615. — MOORE, K. L. en M. L. BARR (1953) *J. comp. Neurol.* **98**, 213; (1954) *Acta anat. (Basel)* **21**, 197. — PRADER, A. J. e.a. (1958) *Schweiz. med. Wschr.* **88**, 917.

Eindhoven, 3 januari 1961

A. E. HENSEN

Met meer dan gewone belangstelling heb ik de klinische les van collega GREWEL (1960) gelezen.

De schrijver meent, dat verreweg de meeste intellectuele tekorten veroorzaakt worden door organische afwijkingen. Zelfs daar waar wij op dit gebied niets vinden (het meisje D) en wij dus meer „erfelijkheid” aannemen, is Dr. GREWEL,

naar het mij voorkomt, innerlijk toch niet ervan overtuigd, dat er geen organisch letsel is. Ik voel zeer veel voor deze redenering, maar toch . . . Als al mijn „zwakzinnige” medebroeders een organisch letsel hebben ten aanzien van mijn gewone verstand, heb ik met mijn gewone verstand dan een organisch letsel tegenover mijn geniale medemens? Is geniaal dan normaal en alles wat daaronder ligt gestoord? Dat, wat wij noemen, idioten en imbecielen organisch gestoord zijn, staat dunkt mij wel vast, maar de zwakzinnigen en zwakbegaafden en zij met zg. partiële defecten? Natuurlijk moeten wij bij elk intellectueel tekort een uitgebreid onderzoek instellen; maar uitgaande van de genialen, bij wie moet dat onderzoek dan aanvangen? Uit praktische overwegingen doen wij dat bij hen, die de gewone lagere school niet kunnen volgen. Er zijn dunkt mij toch wel fysiologisch dommen.

Een en andermaal heb ik in diverse tijdschriften (*Nederlands Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, Samen, Opvoeding nu*) betoogd, dat het hebben van een goed verstand (een hoog intelligentie-quotiënt) niet voldoende is om op school te slagen, en het hebben van een lager intelligentie-quotiënt (er zijn natuurlijk grenzen) geen falen behoeft te betekenen. Terecht schrijft Dr. GREWEL dan ook, dat er geen betrouwbare maatstaven zijn om het intellect te meten. Maar mag men wel stellen, dat (meestal) voor dit falen een organisch iets verantwoordelijk is? Er zijn zoveel niet-organische (emotionele) behoeften, waaraan moet worden voldaan, wil een kind intellectueel geen tekorten gaan tonen. JAMES C. HUGHES (1954) somt er een aantal op:

1. Affectie: Het kind moet zich door de ouders geliefd weten. Zonder dat wordt het onzeker en gespannen.
2. Veiligheid: Het kind moet zich thuis geborgen gevoelen, anders krijgt het angsten en spanningen.
3. Acceptatie: Het kind moet zich geaccepteerd voelen, zoals het is, en niet steeds worden vergeleken met een knapper broertje of zusje.
4. Zelfrespect: Het kind moet zich gewaardeerd weten: het heeft het nodig te gevoelen, dat het in staat is, moeilijkheden te overwinnen. Zonder dat krijgt het gevoelens van minderwaardigheid, van eenzaamheid, het gaat de moeilijkheden ontlopen.
5. Ontplooiing: De enorme activiteit eigen aan het kind, moet het kunnen ontplooiën.
6. Erkenning: Het kind heeft erkenning nodig van zijn lichamelijke en geestelijke groei. Zonder dat gaat er iets waardevols verloren in de kind-ouder-verhouding.
7. Onafhankelijkheid: De ouders moeten de emancipatie van het kind kunnen accepteren en begrijpen.
8. Autoriteit: Wellicht de belangrijkste van alle. Zonder de stabiliserende invloed van de autoriteit is het kind emotioneel op drift (verwenning met onveiligheidsgevoelens).

Al deze zaken hebben grote invloed op het intellect van het kind. FOURNIER (1960) zoekt de oorzaak van slechte resultaten op school bij zittenblijvers, in een „slechte werkinstelling”. Een slechte werkinstelling is een samenvattend woord voor een complex van invloeden op het kind, nauw samenhangend met deze emotionele factoren.

Tenslotte nog dit: Komen de kinderen met intellectuele tekorten er inderdaad zó slecht af als Dr. GREWEL beschrijft? Ik ben er van opgeschrokken. Gemeten naar de zorg voor zorgenkinderen en vooral die voor intellectueel-defecten (de maatstaf voor de hoogte van cultuur en beschaving), ziet het er met de beschaving in Nederland slecht uit, zegt GREWEL. Ik heb, als ik zo de ontwikkeling van het Buitengewoon Lager Onderwijs beschouw, er wel eens over gepiekerd, wat dat allemaal kost. En dat ben ik dan eens gaan vergelijken met wat wij uitgeven voor onze genialen. Want

men pleegt nu wel de hoogte van de cultuur en beschaving af te meten aan de zorg voor de hulpbehoevenden, maar waarom zouden wij die hoogte, daarnaast, ook niet afmeten aan de zorg voor de genialen? Komen zij op onze scholen niet te kort? Vaak worden zij daar zelfs niet eens herkend. Als wij die maatstaf aanleggen, komt Nederland dan zo goed uit de bus?

In ieder geval, hoe dit alles ook zij, deze klinische les is een ernstige aansporing om onze kinderen met intellectuele tekorten, nog beter te (doen) onderzoeken dan wij al deden.

Literatuur: FOURNIER, E. P. (1960) *Een bijdrage tot de psychologische benadering van het zittenblijversprobleem op de lagere school.* J. B. Wolters, Groningen. — GREWEL, F. (1960) Intellectuele tekorten. *Ned. T. Geneesk.* 104, 2649. — HUGHES, J. C. (1954) *Pediat. Clin. N. Amer.* 447.

Dordrecht, januari 1961

J. M. DE KOCK

Zoals ik in mijn klinische les aangaf, heeft „normaal” een speelruimte, zodat er dus ook fysiologisch-dommen zijn. Bij partiële defecten vindt men toch in den regel een organische grondslag.

De sociogene, huiselijke, emotionele, pedagogische en andere factoren die pseudo-domheid verwekken, zijn tegenwoordig bekend, al wordt er nog niet altijd rekening mede gehouden. Dat pleeg ik bij mijn onderzoekingen uiteraard wel te doen.

Wat de zorg voor de genialen betreft, wij hebben voorlopig geen maatstaf die het mogelijk maakt, te voorspellen of een kind tot een geniaal mens zal uitgroeien, ja zelfs of hij bijzondere talenten zal hebben en deze creatief zal kunnen gebruiken (als het hebben en het gebruiken van talenten niet in wezen hetzelfde is). Zeker is, dat de schoolknapheid en zelfs universitaire knapheid niet veel te maken hebben met creatieve begaafdheid of talent, laat staan genialiteit. De zorg voor mogelijk genialen is dan ook een heel ander vraagstuk, dat buiten het kader van mijn klinische les viel.

Amsterdam, 31 januari 1961

F. GREWEL

GEbruik VAN GENEESMIDDELEN OF GENEESMIDDELZUCHT?

Het is aan iedere arts uit dagelijkse waarneming bekend, dat het gebruik van geneesmiddelen op onrustbarende wijze toeneemt, of beter gezegd, reeds toegenomen is. Daar een dergelijke persoonlijke ervaring ons kan misleiden, althans door allerlei omstandigheden kan worden gekleurd, heb ik statistische uitkomsten te baat genomen, ten einde een meer gestaafd oordeel ter zake te verkrijgen.

Deze uitkomsten werden verkregen door middel van een rondvraag bij een aantal ziekenfondsen; het zijn niet de grootste, maar ook niet de kleinste; de gegevens der dagelijkse ervaring werden door die statistische cijfers omtrent de uitgaven voor geneesmiddelen geheel bevestigd. Deze cijfers van de toeneming van die uitgaven in procenten waren namelijk de volgende (ze hebben betrekking op het laatste decennium, waarover de jaarverslagen bekend zijn, dus van 1950 tot en met 1959):

Ziekenfonds Zuid-Limburg (Z.Z.L.)	1950 t.m. 1959 toeneming	235 pct
Centraal Ziekenfonds in het Bisdom Roermond (C.Z.F.)	„ „	301 „
Algemeen Mijnwerkersfonds (A.M.F.)	„ „	108 „
Alg. Ziekenfonds voor de Mijnstreek (A.Z.M.)	„ „	166 „

Deze uitkomsten lopen in vrij sterke mate uiteen, maar geven toch in het algemeen het beeld van een sterke toeneming van de uitgaven voor medicamenten.

Nu weet iedereen, dat er zich in dat tijdperk nieuwe mogelijkheden hebben voorgedaan (na de sulfa-middelen kwamen de anti-biotica e.a.), doch daarmee raakten ook andere middelen op de achtergrond, dus in dat opzicht was er besparing, vooral ook ten opzichte van de duur van de behandeling.

Hieraan zij slechts toegevoegd, dat het bovenstaande niet slechts een sociaal-economisch, maar ook een geneeskundig vraagstuk vormt.

Het sociaal-economische belang is elkeen duidelijk: De bijdragen voor de ziekenfondsen moeten telkens worden verhoogd, en dan moeten er nog tekorten door de Overheid worden aangevuld.

Onlangs drong J. BRUN c.s. (1960) met klem aan op beperking der geneesmiddelen, en wel uit medisch oogpunt; het organisme wordt in vele gevallen overladen, aan „surcharge” blootgesteld. Hij noemt kenmerkende gegevens, afwijkingen van de luchtwegen, allergie e.a. Men moet de patiënt in menig geval rust en tijd geven; hij noemt dat „la paix médicamenteuse”, met hippocratische eerbied voor het organisme.

Wij spreken van „zucht” in tal van samenstellingen, zoals baatzucht, eezucht, morfinezucht, cocaïne-zucht. Zou men ook niet van geneesmiddelzucht kunnen spreken? En is er in de bestudering hiervan niet een taak gelegen, vooral voor artsen? Een taak van leiding en voorlichting (en zelfkritiek?)

Literatuur: BRUN, J., J. C. KALB en H. POZZETTO (1960) La paix médicamenteuse totale et ses indications. *Presse méd.* 68, 1531.

Maastricht, 8 januari 1961

J. E. SCHULTE

Noot bij de correctie:

Merkwaardige samenloop van feiten: daags nadat het bovenstaande aan de Redactie was verzonden, werd het bekend, dat mevr. Prof. Dr. C. G. VAN ARKEL in de diesrede van de Universiteit van Amsterdam over hetzelfde onderwerp en in dezelfde geest had gesproken. Ook zij waarschuwde tegen de „onrustbarende” toeneming van het gebruik van geneesmiddelen.

Maastricht, 29 januari 1961

J. E. S.

BERICHTEN BUITENLAND

Engeland

Onderricht in het praktizeren als huisarts. — Een „general practitioner” vertelt in de *Lancet* (7 januari, bl. 43) iets van zijn ervaringen als docent. Hij ontvangt gaarne zo nu en dan een student in zijn praktijk. Zelf ondervindt hij het doceren als een stimulans, en zijn leerlingen zijn tevreden. Hij verlangt, dat de student ten minste een week, van het ontbijt af, met het gezin meeleeft, aanwezig is op het spreekuur, en zijn gastheer bij zijn visites vergezelt. Patiënten hebben daar zelden of nooit bezwaar tegen; integendeel. Het is wenselijk, dat de arts ook verloskundige praktijk doet, tijdens het spreekuur twee kamers in gebruik heeft en over een goed secretariaat beschikt. De student ziet in een week meer dan tijdens drie maanden in het ziekenhuis. Behalve het gevarieerde materiaal in de dagelijkse praktijk beschikt de schrijver nog over een voorraad („pool”) patiënten die altijd bereid zijn zich te laten demonstreren. Hier volgen enige diagnoses: mongolisme, microcefalie, hydrocefalie, macrocefalie, congenitale hartziekte, congenitale heupluxatie, ziekte van Perthes, ziekte van Pott, cervicale rib, lesies van perifere zenuwen, myxoedeem, ziekte van Basedow,