

Na een week werd een controlefoto gemaakt; bij instabiele fracturen of bij twijfel na weer een week nog een.

De immobilisatieduur hing af van het type fractuur. Bij zeer beweeglijke kinderen en als het toezicht thuis te wensen overliet, werd er langer geïmmobiliseerd en vaker gecontroleerd.

Van de 1767 patiëntjes toonden 41 (2,5 pct) een consolidatie met ernstige hoekvorming; 36 van hen konden worden gevolgd.

De mate van spontane correctie bleek o.a. af te hangen van de leeftijd, de plaats van de fractuur en van individuele variaties. Van de 36 patiëntjes hadden 26 een dislocatie ad axin in het distale 2/3 deel van de onderarm. Na twee jaar bleek een verbetering van de angulatie te zijn ontstaan, waarbij de hoek met 66 pct was verkleind. Na vijf jaar was de verbetering zelfs 98 pct; dat betekent dat bijna alle fracturen zichzelf na vijf jaar volledig hadden gecorrigeerd.

Daar de epifyse zich vaak van het 15e jaar af gaat sluiten, moet men bij kinderen boven de tien jaar voorzichtiger zijn met het laten bestaan van misvormingen. De snelste en meest volledige correctie deed zich voor bij lysis van de radius-epifyse. Fracturen van het midden van de schacht corrigeerden zich minder volledig en langzamer. Bij deze fracturen moet men dus streven naar goede repositie. Dit is ook de ervaring van BLOUNT (1955) en anderen.

Dat in groeiende botten spontane correctie van angulatie kan plaatsvinden, is geen argument om niet of onvoldoende te reponeren, maar aan de andere kant tonen de resultaten, dat er weinig rechtvaardiging bestaat voor herhaalde gesloten repositie of open repositie van fracturen bij kinderen onder de tien jaar.

Literatuur: BLOUNT, W. P. (1955) *Fractures in children*. Williams & Wilkins Comp., Baltimore. — GHANDI, R. K. en P. WILSON, J. J. MASON BROWN en W. MACLEOD (1962) *Brit. J. Surg.* 219, 5.

H. W. PRILLEVITZ

DIVERSEN

Erythema nodosum en Pasteurella pseudotuberculosis. — Infectie door *P. pseudotuberculosis* kan een op acute appendicitis gelijkende ziekte verwekken (KNAPP e.a. 1959). Enige ervaringen van MOLLARET (1962) maken het aannemelijk dat dit micro-organisme ook erythema nodosum kan doen ontstaan.

Vijf kinderen, tussen 9 en 14 jaar oud, kregen pijnlijke zwellingen aan de strekzijde van de benen, koorts en een verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten. Een van deze kinderen was enige dagen tevoren geopereerd omdat men acute appendicitis vermoedde. Dit kind had in het mesenterium sterk gezwollen lijmfeklieren met neiging tot abscesvorming. De huidreactie met een antigeen van *Pasteurella pseudotuberculosis* was steeds positief, evenals agglutinatiereacties met serum. De tuberculinereactie daarentegen was negatief. Een onderzoek naar infecties met hemolytische streptokokken, die bij kinderen menigmaal de oorzaak van erythema nodosum zijn, wordt slechts bij één patiënt vermeld. Het stijgen en dalen van de agglutinatie-titers en het familiaal voorkomen van de beschreven infecties maakt echter wel waarschijnlijk dat *P. pseudotuberculosis* bij deze patiënten de aanleiding was tot het ontstaan van erythema nodosum.

Literatuur: KNAPP, W. e.a. zie referaat (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1732. — MOLLARET, H. H. (1962) *Presse méd.* 70, 1923.

F.K.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

FINANCIËLE STEUN DE DRIE LICHTEN

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit, vóór eind april a.s. hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen, ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast komt ook in aanmerking het verschaffen van geld voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulp-personeel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te omvatten van de doelstellingen en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Amsterdam, februari 1963
Universiteitskliniek Verloskunde
en Gynaecologie,
Wilhelmina Gasthuis

G. J. KLOOSTERMAN,
secretaris

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

VERDERE INSTITUTIONALISERING VAN HET MEDISCH BEROEP

Met stijgende belangstelling kan men de artikelen waarin de toekomstige positie en taak van de „huis-arts” wordt belicht, in *Medisch Contact* en andere medische tijdschriften volgen. Bij het lezen van deze bijdragen zal de Nederlandse arts niet aan de indruk ontkomen, dat vrees voor depreciatie van de vooral in het gezin gewaardeerde figuur van „huis-arts” grond geeft voor deze beschouwingen. Het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* heeft van de hand van de voorzitter harer redactie in een hoofdartikel „Specialisatie tot huisarts” nog onlangs aan deze talrijke bijdragen de zijne gegeven.

Het zij mij vergund hierbij enkele kanttekeningen te maken.

In genoemd artikel wordt gesteld, dat de „huisarts” een „vergeten groep” dreigt te worden in de „noodzakelijke steeds verdergaande specialisering, die reglementering nodig maakte”, welke reglementering — de specialisten-registratie-commissie — „een gezonde ontwikkeling van de huisartsen-geneeskunde tegenhield”.

De schrijver van genoemd artikel zal het met mij eens zijn, dat niet duidelijk kan worden gedefinieerd, wat nu moet worden verstaan onder „huisartsen-geneeskunde”, evenmin als men kan spreken van een chirurgengeneeskunde, een internistengeneeskunde enz., tenzij de tijdens of na de universitaire studie te volgen cursussen in specialisatie tot „huis-arts” mogelijk nadere inlichtingen daarover zullen verschaffen. De geneeskunde lijkt mij als wetenschap een niet in die richting te verdelen begrip, immers zij houdt zich bezig met de kennis van de wijze waarop de gezondheid kan worden beschermd en indien verloren, kan worden herkregen. Indien dit juist is, omvat de uitoefening van de geneeskunde een complex van maatregelen, waarmede ziekte kan worden voorkomen, bestreden en de door ziekte getroffen kunnen worden genezen. Gelden voor „huisartsen” andere maatregelen? De uitoefening van de geneeskunde is gereserveerd voor hem, die zich op grond van de wet arts, geneesheer of medicus mag noemen. De patiënt noeme hem dokter

en niet „huisarts”. Dit geldt zowel voor de chirurg, de internist en andere gespecialiseerde artsen. Ook voor de hoogleraar in de geneeskunde, wanneer hij zijn beroep uitoefent. De chirurg beoefent geen andere geneeskunde, omdat hij op grond van verworven of verkregen technische capaciteiten een deel der maatregelen beter uitvoert. Dit geldt ook voor de sociaalgeneeskundige, de radioloog en al die „specialisten” die menen het zoveel beter te kunnen doen. Er kan geen sprake zijn van „niveau-verschil”, er is slechts een taakverdeling.

Ik vrees, dat het begrip „huis-arts” is ontstaan, toen de institutionalisering en daarmee de reglementering in het medisch beroep zover gevorderd was, dat aan hem, die niet in een vakje was geplaatst, een naam moest worden gegeven; „vraagt U s.v.p. aan uw huisarts om een verwijskaart?”

Rest dan nog de institutionalisering van dit vakje en het schema van de gezondheidszorg in Nederland is compleet.

Keren wij terug naar het uitgangspunt van de schrijver „specialisatie tot huisarts”. De remedie, of zo U wilt het vakje. Hierbij onderscheidt de schrijver twee mogelijkheden, waarvan één de specialisatie „buiten schoolverband” en de andere daarin, d.w.z., hoewel dit vraagstuk slechts secundair is, door een voortijdige differentiatie in de universitaire opleiding. Tegen het laatste kan m.i. niet genoeg worden gewaarschuwd. De schotten tussen de vakjes zullen dan nog dikker en daarmee geluiddichter worden en de eerder geschetste homogeniteit van de geneeskunde geweld aan doen.

Wanneer dan uiteindelijk de specialisatie is voltooid en alles netjes geïnstitutionaliseerd en gereguleerd is, is aan de toekomstvisie voldaan. Het lijkt mij alleszins de moeite waard, die toekomst eens te confronteren met het verleden van de niet zonder redenen afgeschafte gilden, die, weliswaar in door de tijd bepaalde mindere differentiatie in chirurgijns-, apothekers-, geneesheren- en vroedmeestersgilden, eenzelfde voor de ontplooiing der geneeskunde verderfelijke reglementering uitvoerden. De specialisten-registratie-commissie met haar inspectie van opleidingen, het „huisartsen”-genootschap met voorstellen tot inspectie van de werkwijze der „huisartsen” mogen zich spiegelen aan dit verleden.

Tenslotte: is er een scheiding tussen intramurale en extramurale geneeskunde? Wanneer de arts — zoals wij dat zeggen — „up to date” wil blijven, niet. De confrontatie van de arts en de gespecialiseerde arts na het artsexamen — in beide richtingen natuurlijk — kan alleen heilzaam zijn voor het complex van maatregelen, dat de ziekte zo goed en zo snel mogelijk kan doen genezen. Nog is het niet te laat om de arts, die bij de behandeling van zijn patiënt in het ziekenhuis wenst te worden betrokken, tot dat ziekenhuis toe te laten, hetzij in het overleg of in daadwerkelijke assistentie. Nog is het niet te laat voor de gespecialiseerde arts om van zijn ivoren toren, die hij zich waande te hebben opgetrokken, neer te dalen en zich bewust te worden van zijn beperkingen.

Intra- en extramuraal: Is één muur in Europa niet voldoende?

Literatuur: PRAKKEN, J. R. (1963) Specialisatie tot huisarts. *Ned. T. Geneesk.* 107, 233.

Leiden, 15 februari 1963

M. A. VAN DONGEN

EEN EMPIRISCH ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN DE ZIEKTEDUUR OP DE PERSOONLIJKHEIDSSTRUCTUUR VAN ASTMALIJDERS

In de tweede alinea van het ingezonden stuk van collega CORNELISSEN (1963) komt niet duidelijk tot uiting, wat hij precies bedoelt. Men zou kunnen denken, dat hij van mening is, dat binnen de specifieke persoonlijkheidsstructuur,

die tot astma predisponeert, er nog andere, eveneens specifieke persoonlijkheidsstructuren aanwezig zouden zijn, die een patiënt tot een kortdurend, resp. langdurend astma zouden voorbestemmen. Wanneer CORNELISSEN inderdaad dit bedoelt, is het zijn goede recht, van een dergelijke „vooropgezette” mening, d.w.z. werkhypothese, uit te gaan. Deze zou dan echter aan de hand van empirische onderzoeken plausibel moeten worden gemaakt. Wij zijn van een andere hypothese uitgegaan. Ook dit is ons goede recht.

Wellicht heeft CORNELISSEN echter iets anders bedoeld, t.w. dat bepaalde persoonlijkheidsstructuren tot een langdurig lijden in het algemeen zouden predisponeren, bv. tot het astma. In dit geval logenstraffen onze bevindingen dit uitgangspunt; wij vonden immers geen overeenkomsten, maar juist verschillen in de persoonlijkheidsstructuur van astma-lijdende onderling. De opmerking van CORNELISSEN „dat bepaalde persoonlijkheidsstructuren blijkbaar een langdurig lijden teweegbrengen”, is dus in deze vorm niet te handhaven. Hier moge ons van het hart, dat het verwarrend is het woord „persoonlijkheidsstructuur” te gebruiken; wij kunnen immers slechts persoonlijkheidskenmerken onderzoeken. Natuurlijk zijn er ook overeenkomsten aanwijsbaar tussen astma-lijdende onderling; evengoed zijn er ook overeenkomsten aantoonbaar tussen astma-patiënten en maagpatiënten. Het gaat er slechts om, welke hypothese men als uitgangspunt kiest. Onze resultaten laten niet toe, de specificiteitshypothese van CORNELISSEN te verwerpen, wel om een „noodzakelijke aanvulling op het specificiteitsmodel te geven”.

De factor van het ouder worden, hebben wij inderdaad uitgesloten; er bleek geen significant leeftijdsverschil tussen de groepen van onderzochte astmapatiënten te bestaan.

Wel stemmen wij volledig in met de opvatting dat ook andere zieken, gezonden en gevangenen onderzocht dienen te worden. In ons artikel werd dan ook reeds uitdrukkelijk gesteld dat een „cross-validatie” noodzakelijk is voordat door ons gevonden resultaten een definitieve status kunnen krijgen. Dergelijke cross-validaties zijn dan ook reeds in bewerking. De door ons getrokken conclusies zijn „voorlopig alleen nog aangetoond voor onze steekproef”, zoals wij zelf al bevestigden. Is dit te vlug geconcludeerd?

De laatste opmerking van CORNELISSEN „dat men te veel van een vooropgezette mening is uitgegaan” brengt de discussie buiten het empirische vlak. Inderdaad: het is ook juist dat wij van een vooropgezette mening zijn uitgegaan. Dit is o.i. namelijk de enige manier om op zinvolle wijze wetenschappelijk werk te doen. Natuurlijk kan men ook een onderzoek doen zonder tevoren hypothesen te stellen; in dat geval doet men echter naar onze mening geen gericht wetenschappelijk onderzoek maar een soort „trial and error”-werk dat slechts bij toeval kan bijdragen tot theorievorming. Dit type onderzoek is in groter verband gezien niet efficiënt. Essentieel is, dat men, uitgaande van een theorie, hypothesen stelt die toetsbaar zijn op grond van empirisch materiaal, zodat over het waarheidsgehalte van de theorie uitspraken kunnen worden gedaan. Indien een onderzoeker wordt aangevallen op de hypothesen die hij stelt, wil dit ten hoogste zeggen dat de aanvaller een andere hypothese aanhangt. De empirie en de eerlijkheid van de onderzoeker zelf dienen te beslissen over het houdbaar zijn van de hypothese.

Wij hopen dat collega CORNELISSEN met ons bereid is, empirie en wetenschappelijke integriteit te aanvaarden als de scheidsrechters in wetenschappelijke meningsverschillen.

Ons onderzoek beoogde de verschillende meningen, die eens lijnrecht tegenover elkaar stonden, dicht bij elkaar te brengen. In het licht hiervan zijn wij collega CORNELISSEN dankbaar voor zijn opmerkingen.