

M. BORGHOUTS, De chirurgische behandeling van het baasaal- en het plaveiselcarcinoom van de huid.

*Leiden:* W. W. H. WEIJZEN, De identificatie van het immunologisch apparaat van heterogene stralingschimeren. J. H. AARTS, Ongevalsletsels in het verkeer. A. H. C. VAN SENUS, Leber's disease in the Netherlands. A. LE POOLE, Het primaire levercarcinoom bij volwassenen. H. R. HIEMSTRA, Lumbale sympathectomie bij perifeer oblitererend arteriaal vaatlijden. A. HAAK, Studies over de werking van humaan groeihormoon en testosteron op de eiwitstofwisseling. J. H. E. TH. MEUWISSEN, Malaria-bestrijding met gemediceerd zout op Westelijk Nieuw-Guinea.

*Nijmegen:* H. A. I. M. VAN LEUSDEN, Bilirubine en geslachtssteroiden. J. A. M. MULLINK, Thuisloze mannen. M. J. G. A. WAELLEN, Vaatverwijdende middelen.

*Utrecht:* J. H. BRUENS, Over psychotische toestanden bij epilepsie. J. H. VAN DER VEGT, Slijmvliesatrofie van de dunne darm en steatorroe. J. H. ROBERTZE, Die bruikbaarheid van die begrip telepatie in die psigiatrie. B. HOUWINK, Tandsteen bij kinderen. C. H. ARKEMA, De bepaling van de curve bij de kleurstofverdunningsmethode. G. HENNEMAN, Onderzoek over de proteïnurie gedurende de ziekte van Kahler. J. J. JANSEN, De subarachnoidale bloeding. R. C. BALLIEUX, Structuuranalyse en classificatie van b<sub>2</sub>a-paraproteïnen. E. VAN DIJK, Phytophotodermatitis. A. A. FISCHER, Nosologisch denken in de psychiatrie. J. H. RIETJENS, De waarde van het impedantieonderzoek voor de exploratieve tympanotomie. H. J. DE VOOGT, De endocriene behandeling van prostaatkanker. J. D. VAN SCHEYEN, Een klinisch-psychiatrische en elektro-encefalografische studie over hysterie. L. W. S. VAN DER BURG, Plaatselijke zenuwreacties bij carcinogenese. Mej. CH. LAFEBER, Klinisch-psychiatrische studie over anorexia nervosa. M. A. D. H. SCHALEKAMP, Immunologische aspecten van de orgaanontwikkeling.

## INGEZONDEN

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

### NUTTIGE NOTITIES No. 32

Naar aanleiding van Nuttige Notities No. 32 (1963) zou ik het volgende willen opmerken:

De besproken patiënt lijdt naar mijn mening aan twee ziekten. In de eerste plaats aan de acute aandoening, waarvoor reeds tweemaal de hulp van de huisarts werd ingeroepen, in de tweede plaats aan een chronische geestesziekte, of zo men wil ziekelijke geestgesteldheid. De gedachten gaan hierbij in de richting van een aangeboren of verkregen defect, een disharmonische persoonlijkheidsontwikkeling, een psycho- dan wel socioneurose, of een combinatie van deze aandoeningen.

Wanneer zich bij een patiënt een combinatie van twee ziekten voordoet, moet men bij de behandeling van de ene aandoening in beginsel steeds rekening houden met het bestaan van de andere. Dit is in het bijzonder het geval, wanneer de ene aandoening een adequate behandeling van de andere in de weg staat.

In het besproken geval verkeert de behandelend arts in deze situatie. Het is bekend, dat het omgaan met een patiënt zoals deze woonwagenebewoner, naast medische zeker ook orthopedagogische capaciteiten vraagt, waarbij een beroep wordt gedaan op de persoonlijkheid van de arts. Niet slechts wat men zegt is van belang, meer nog wat men niet zegt, maar het allermeest geldt, hoe men het zegt. Het meeste

resultaat van zijn medisch handelen heeft men, wanneer er gezag bestaat, dat berust op werkelijke autoriteit en niet op autoritair optreden. Daarbij is het van het grootste belang, dat men zelf niet agressief wordt, wanneer de patiënt geen gehoor lijkt te geven aan het behandelingsadvies. Deze patiënten hebben doorgaans veelvuldig autoriteitsconflicten, waarachter vaak diep gewortelde angstschuilgaan.

In dit licht bezien zal het duidelijk zijn, dat het niet iedereen gegeven is, met deze mensen op succesvolle wijze om te gaan. Men dient er echter naar mijn mening steeds rekening mede te houden, dat zij psychisch niet gezond zijn.

M.i. is de handelwijze van de huisarts medisch gezien de enig juiste geweest. Lang niet iedere medicus is in staat, zijn eigen agressiviteit in een dergelijk geval het zwijgen op te leggen en het vereiste geduld op te brengen. Het zal wellicht geen toeval zijn, dat deze woonwagenebewoner juist deze huisarts gekozen heeft!

*Literatuur:* Nuttige Notities No. 32 (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1005.

Velp, 1 juni 1963

H. J. DÖLL

De „chirurg I” uit de Nuttige Notities No. 32 reageerde als volgt op het ingezonden stuk van collega DÖLL:

In deze Nuttige Notitie werd eens in het openbaar de vraag gesteld, of men van zijn zieken volgzaamheid mag eisen. Mijn eigen antwoord is en blijft: ja. Ik zie dit als belangrijk voor de zieke, maar ook voor de arts en voor anderen, die zich aan zijn zorgen toevertrouwen. Daarover ging het in deze Nuttige Notitie. Bovendien echter was daar de vraag, wat men met „onwilligen” doet. De NN leerde het: geduld hebben en „onhouden. Dat klinkt goed, maar hoever kunnen en . . . hoever mogen wij gaan?

Het beschreven ziektegeval was nogal uitzonderlijk. Laten wij vaststellen, dat dezelfde problemen — zij het in geringere graad — geregeld voorkomen. De mens is nu eenmaal een eigenaardig wezen. Dit geldt zowel voor de zieken, als voor hun arts. Moeilijk is daarom de keuze van een juiste omgangsvorm.

Ik hoopte op een discussie, die voor de lezers van dit *Tijdschrift* van nut zou kunnen zijn. Collega DÖLL ben ik erkentelijk voor zijn uiteenzetting, maar mijzelf bood deze te weinig. De in de NN gebezigde woorden „domme en eigen-gereide mensen” vervangt hij door een aantal psychiatrische termen. Daarmede schieten wij onvoldoende op. Hoogstens onderstreept de visie van collega DÖLL de noodzaak om extreem onwilligen als abnormalen te beschouwen en met hen dus extra geduld te hebben.

Of men in deze groep ook de woonwagenebewoners mag rangschikken, betwijfel ik. Hen zie ik slechts als echte „vrijbuiters”. Maar laten wij van hen liever afstappen en onze aandacht schenken aan diegenen die een normale plaats in onze samenleving innemen.

Collega DÖLL wijst erop, dat men het verst komt met een gezag, dat op waarlijke autoriteit berust en niet op autoritair optreden. Verder zegt hij, dat een medicus zijn eigen agressiviteit het zwijgen moet kunnen opleggen. Ik wil mij deze woorden eens persoonlijk aantrekken. Onmiddellijk rijst dan de vraag, hoe ik mijn leven alsnog zou kunnen verbeteren. De eerste uitspraak beschouw ik als een subtiel woordenspel, dat mij verder niet helpt. Blijft over: mijn eventuele agressiviteit. Wellicht zit daarin iets! Collega DÖLL bedoelt waarschijnlijk, dat een medicus de volgzaamheid van zijn patiënten te vanzelfsprekend vindt. Hij bedoelt, dat het verzet van de zieken te gemakkelijk prikkelt en men dit aan de zieken ten onrechte laat merken. Hij bedoelt, dat velen onzer zich te weinig in de situatie van de

zieke verplaatsen. Wel, ik geloof, dat hij gelijk heeft. Hier ligt dus een weg naar correctie open. Deze weg voert vanzelf naar het in de NN gegeven advies: meer geduld. Maar dan doemt terstond weer een probleem op. Een probleem, dat ikzelf maar al te goed ken: ik ben in menig ziektegeval in twijfel, of men de plicht — laat staan het recht — heeft om een zieke net zo lang onder „druk” te zetten, tot hij of zij heeft toegegeven. Te zeer erken ik hun recht op een eigen vrije (?) beslissing. Deze zieken zie ik dus — collega DÖLL zal dit begrijpen — niet als thuishorend in het register van een psychiater.

Met dit wederwoord geef ik de discussie een ietwat andere richting. Het zou mij verheugen, wanneer ook anderen zich uitspraken.

Arnhem, 11 juni 1963

### ERYTREMIE BIJ EEN ZUIGELING

In de eerste plaats wil ik collega VAN ROOTSELAAR (1963) dank zeggen voor zijn opmerkingen.

Inderdaad werd er bij de sectie van het patiëntje, beschreven door DIJKSTRA en HALBERTSMA (1940), dat stief aan een sepsis, een afwijking gevonden aan het hart. Zij beschreven deze afwijking als volgt: „Extensive fresh endocarditis verrucosa of the mitral valves was found. On microscopic examination these verrucae proved to be laden with streptococci. We found acute inflammation not only of the mitral valves but of one of the chordae tendineae, which was much thickened; this can have resulted only from a much older inflammation. It should be pointed out that this lesion was so limited that a valvular defect cannot have existed. The heart was not enlarged; it weighed 160 Gm. No other changes were found in the heart except many coccic emboli in the capillaries of the muscle”.

Vast staat dus, dat de anatomische hartafwijking slechts gering is geweest. Polycythemie ten gevolge van klepgebreken komt slechts voor bij grote afwijkingen, gepaard met cyanose.

Wat de opmerking betreft omtrent het beoordelen van het al of niet aanwezig zijn van hypoxie aan de hand van een thoraxfoto, moet ik toegeven, dat de redactie van de zin in mijn artikel aanleiding zou kunnen geven tot misverstand. Bedoeld was te zeggen, dat het bestaan van hypoxie uitgesloten kon worden op grond van de vooraf beschreven klinische symptomen met als sluitstuk het röntgenbeeld.

Naar aanleiding van de derde opmerking ten aanzien van de abnormale hemoglobine kan ik meedelen, dat er een normaal percentage HbF (1 pct) was en HbA<sub>2</sub> (2,8 pct). (Dit laatste werd bepaald op het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusie-dienst van het Nederlandsche Rode Kruis).

Literatuur: DIJKSTRA, O. H. en T. HALBERTSMA (1940) *Amer. J. Dis. Child.* **60**, 907. — ROOTSELAAR, F. J. VAN (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1057.

Amsterdam, 12 juni 1963

J. G. KOPPE

### LEVEN OP ANDERE PLANETEN

In zijn fraaie en bondige Caput Selectum „Leven op andere planeten” komt Prof. JONGBLOED (1963) o.a. tot de conclusie: „Als het eerste leven op aarde zuiver door toeval is ontstaan, mogen wij rustig aannemen, dat er op geen andere planeet leven bestaat, zoals wij dat kennen”.

Het komt mij voor dat de bewijsvoering voor deze conclusie niet helemaal sluitend is. In het artikel wordt impliciet gesteld dat slechts een uiterst kleine functie van de  $10^{1000}$  theoretisch mogelijke eiwitmoleculen voor de opbouw van

levende organismen geschikt zou zijn, zodat de kans dat een levensvatbaar eiwit ontstond, onvoorstelbaar klein was.

Het is echter volstrekt niet uitgesloten dat juist een aanzienlijk aantal combinatie-mogelijkheden onder de op de oeraarde heersende omstandigheden levensvatbare eiwitten opleverde.

Als er van de  $10^{1000}$  mogelijkheden bv. 0,01 pct of  $10^{996}$  levensvatbaar zijn, zou de kans op de vorming van zo'n eiwit 1:10.000 hebben bedragen, hetgeen een zeer reële mogelijkheid betekent. Men behoeft onder die omstandigheden geen richting-gevende factor bij de vorming van de levenseiwitten te postuleren. Dat het aantal ons omringende levenseiwitten (bv.  $10^8$ ) ten opzichte van het aantal mogelijkheden ( $10^{1000}$ ) zo gering is, zoals Prof. JONGBLOED constateert, vindt dan een volkomen ongedwongen verklaring in het feit dat de oertijd ( $10^{17}$  seconden) te kort was om meer combinaties te doen ontstaan.

Om te weten te komen of de vorming van levensvatbaar eiwit berust op een statistisch hoogst onwaarschijnlijk toeval, zou men allereerst nauwkeurig de minimum-voorwaarden moeten formuleren, waaraan een eiwit moet voldoen om te kunnen dienen tot de opbouw van levende organismen. Deze voorwaarden zouden wel eens kunnen blijken veel minder stringent te zijn dan wij momenteel nog menen. Veel moeilijker te verklaren lijkt vooralsnog, zoals Prof. JONGBLOED terecht opmerkt, hoe uit deze eiwitdeeltjes levende organismen ontstaan, waarvan immers de essentie in de georganiseerde structuur ligt.

Een richtinggevende (= „organiserende”) factor kunnen wij dáarbij wellicht niet wegdenken.

Literatuur: JONGBLOED, J. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1003. Rotterdam, 11 juni 1963

PH. JACOBS

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### België

**Nature, ressources naturelles et société.** — De XXXe semaine sociale van het instituut voor sociologie (Institut Solvay) van de Vrije Universiteit te Brussel wordt van 25 tot 29 november gehouden. De leergang zal gewijd zijn aan de eisen die de toeneming van de bevolking aan haar natuurlijke hulpbronnen stelt. Inlichtingen verstrekt het secretariaat, Leopoldpark, Brussel 4.

#### Canada

**Kans en zekerheid.** — De *Canadian medical Association Journal* van 4 mei (bl. 946) geeft een „annotation” over *Statistics and common sense*. De redactie meent dat in een toenemend aantal wetenschappelijke mededelingen sommige moderne statistische procedures verkeerd worden gebruikt, en met behulp van enige uitspraken van gezaghebbenden formuleert zij haar waarschuwing tegen „deification of chance”. Van die uitspraken volgen hier enkele aanhalingen. „There is no doubt that the application of biometrical methods has proved useful and has prevented the drawing of sweeping conclusions from too short series of cases, by indicating the frequency with which similar observations could have resulted from chance alone”. „The prestige of mathematics is so great that many persons forget that even in mathematical hands, *probability, chance, and random mean ignorance*. They come to think that, in the alembic of mathematics, chance in some way becomes certainty”. „They should know that there are statistical aspects of their own work for which they themselves must be responsible. Ordinarily the individual investigator knows his own material better than anyone else can know it, and ordinarily with a