

klaard zou kunnen worden (kans $< 0,005$), dat het nagenoeg zeker is (kans $> 0,995$) dat de kinkhoest-component voor het waargenomen verschil aansprakelijk gesteld kan worden. „Stop”, zegt collega GEMERT, „hier maakt U een principiële fout. Als de O-hypothese (de K-component heeft geen invloed op de ent-reacties) waar is, is er slechts een kans $< 0,005$ dat het waargenomen verschil aan toevalsfactoren te wijten is. Daaruit volgt helemaal niet dat de kans, dat het verschil aan de K-component te wijten is, groter is dan $0,995$ ”.

Ofschoon ik getracht heb, in een nadere oriëntatie duidelijkheid te krijgen over deze uitspraak, moet ik bekennen dat ik hierin nog niet helemaal geslaagd ben. Ik weet er niet goed raad mee.

Als praktisch vaststaand mag, als ik collega GEMERT goed begrijp, toch wel worden gesteld dat de O-hypothese op hoogst significante wijze verworpen kan worden. Blijft er dan nog iets anders over dan de alternatieve hypothese te accepteren, namelijk dat de K-component invloed heeft op de ent-reacties. Of mag men hier onderscheid maken tussen een stringente statistische redenering en een meer pragmatische benadering van de zaak?

Overigens geeft het bovenstaande mij geen aanleiding om de juistheid van GEMERTS bewering in twijfel te trekken, doch, als dat mogelijk is, zou het misschien wel nuttig zijn dat hij nader uiteenzet tot welke praktische conclusie z.i. de uitkomst van dit onderzoek voert, c.q. welke verdere onderzoeken mogelijk nog verricht moeten worden om tot een vaststaande conclusie te geraken van het effect van de kinkhoest-component.

3. Ten aanzien van de opmerking betreffende de percentages kinderen die met een pijnlijke arm + koorts reageren stem ik wel in met collega GEMERT dat het ook hier niet juist was om van een quasi-vaststaand percentage uit te gaan. Echter zie ik niet, dat de juiste toets een χ^2 -waarde oplevert van 67,76. Dit zou wel zo zijn (althans een waarde van 69,7 volgens mijn herziene berekening) indien de percentages met koorts-reacties betrokken waren op het totaal van 1110 kleuters. Mijn bedoeling was echter, te bezien of binnen de groep van kleuters die op een of andere wijze reageren (en met weglating derhalve van de 558 kleuters welke geen enkele reactie vertonen) koortsverschijnselen in de DKTP-groep relevant frequenter voorkomen dan in de DTP-groep.

Dit geeft aanleiding tot de volgende 2×2 -tabel:

		DTP	DKTP	
Reagerend met + koorts		5	80	85
pijnlijke arm — koorts		93	374	467
		98	454	552

De hierbij behorende χ^2 -waarde is 9,55

4. Opnieuw werd door mij berekend of er mogelijk een verband is tussen tijdsinterval en de K-component in relatie tot de ent-reacties. Hiervoor werd de volgende tabel opgesteld.

Interval		Positief reagerend		
		DKTP	DTP	
9-29 maanden		97	16	113
30-32	„	130	36	166
33-35	„	125	19	144
36-39	„	102	27	129
		454	98	552

Hier werd dus, evenals bij punt 3, de populatie beperkt tot degenen die positief reageren. Het opmerkelijk gelijkmatig verloop van de cijfers doet vermoeden dat het tijdsinterval geen betekenis heeft. De χ^2 levert een waarde op van 6,09. Dit levert op het 0,5 pct-niveau (bij 3 df: 12,84) geen aanleiding om de O-hypothese („de tijdsfactor heeft geen invloed”) te verwerpen.

Wanneer men de volledige populatie (1110) in de toets betreft (4×4 -tabel) verkrijgt men een χ^2 -waarde (10,95) die nog minder aanleiding geeft (op 0,5 pct niveau bij 9 df: 23,95) om de O-hypothese te verwerpen.

5. Ten aanzien van de in mijn artikel aangegeven χ^2 -waarde van 13,5 (waarvan collega GEMERT niet kon nagaan, welke fout gemaakt werd) en van 7,3 is mij achteraf gebleken dat deze uitkomsten veroorzaakt werden doordat de formule zelf voor de χ^2 -berekening verkeerd werd overgenomen. De juiste toedracht van deze vergissing is voor de lezer weinig interessant. Aan collega GEMERT is hierover rechtstreeks bericht gezonden.

6. Wat de vraag betreft aangaande de wijze waarop de twee groepen kinderen zijn samengesteld, is het volgende te vermelden. De kinderen van de jaarklasse 1962 werden, ingedeeld naar de wijken van de stad, opgeroepen voor de herhalingsinenting. Op deze entingszittingen werd om en om het DKTP- en het DTP-vaccin gebruikt.

7. Ik ben collega GEMERT zeer erkentelijk voor de aandacht, die hij heeft willen geven aan de statistische verwerking van de resultaten van het onderzoek.

Tilburg, 18 oktober 1966

A. J. SWAAK

DE GERIATRISCHE PATIËNT

Bij het verslag van de voordracht, door collega SCHREUDER gehouden op het Ledencongres 1966, wil ik gaarne enkele opmerkingen maken.

Wij zijn het er volmaakt over eens, dat er nog vrij algemeen leemten bestaan in de preventie en de bestrijding van invaliditeit bij bejaarde patiënten in onze ziekenhuizen. Voor het overige ontmoet de bejaarde patiënt waarschijnlijk wel overal in onze ziekenhuizen dezelfde zorgvuldigheid als de jongere patiënt. Dat is heel wat veranderd, vergeleken bij 25 jaar geleden, toen ik met mijn geriatrisch werk begon.

De enige oplossing, die collega SCHREUDER wil aanvaarden, is de geriatrische afdeling met de geriater als specialist in het ziekenhuis. Hij zegt nu, dat men blijkbaar geen geriatrische afdelingen in ziekenhuizen wil hebben „om nooit uitgesproken redenen”. Dat is heel vreemd. Dat zou moeten wijzen op een betreurenswaardige stoornis in de communicatie. Ik wil daar dan gaarne inlichtingen over geven.

Bij mijn weten heeft men de leemten niet ontkend. Dat zou trouwens niet houdbaar zijn geweest. Maar dit behoefde nog niet te betekenen, dat men — om daarin te voorzien — moest handelen volgens de inzichten van collega SCHREUDER. Mede in het belang van de patiënt wordt veelal aan een andere oplossing de voorkeur gegeven. Het alternatief van de geriater met zijn geriatrische afdeling is de revalidatie-arts met zijn revalidatie-afdeling(en).

Nog afgezien van de eigen bedden (en o.a. de selectieproblemen) is een ernstig bezwaar van de methode-Schreuder m.i., dat de geriater zou moeten zijn een internist, die zich tevens met „reactivering” (revalidatie in de twee binnenste cirkels) occupeeret.

Nu meen ik, dat de internist er al aanzienlijk meer dan genoeg aan heeft, de ontwikkelingen in de interne geneeskunde te volgen, en reeds uit dien hoofde zou ik er weinig

heil in zien, wanneer het principe van de „reactiverende internist” ingang zou vinden. Ik schaar mij gaarne aan de kant van collega BRUYEL (1964), die in *Medisch Contact* een voortreffelijk artikel schreef, waarvan ik gaarne het slot wil citeren:

„De doorsnee-internist is ingeschoten op de ziekten van de oude dag — bepaalt U eens het percentage 65-jarigen en ouder op de interne afdelingen! — De doorsnee-internist beschouwt bewegingstherapie en het leiding geven aan heilgymnasten en arbeidstherapeuten als wezensvreemd aan zijn werk. Naar mijn mening ligt, althans binnen het ziekenhuis, in de samenwerking van internist en revalidatie-arts de beste mogelijkheid voor bejaarden. Aan de geriater als klinisch specialist is naar mijn mening geen behoefte. Ik kan best een taak zien voor de geriater, maar dan als behandelend arts van een verpleegtehuis met reactiverings-outillage. Het is een taak waartegen een actieve en geïnteresseerde huisarts na een degelijke voorbereiding uitstekend opgewassen blijkt te zijn. Evengoed als een arts, die naar de tropen gaat of die beroepsmilitair wordt, na enige voorbereiding het zo van de Nederlandse huisartsenpraktijk afwijkende werk blijkt te kunnen doen.

Het komt mij voor, dat hier geen aanleiding is tot het creëren van een nieuw specialisme. Dat een halve internistenopleiding en een kwart revalidatieartsopleiding de meest geschikte mens zou produceren om in onze ziekenhuizen de bejaarden te gaan behandelen is een redenering, die ik niet kan volgen.”

Aan dit citaat heb ik slechts toe te voegen, dat wanneer collega BRUYEL m.i. terecht stelt, dat aan de geriater als klinische specialist geen behoefte bestaat, dit tevens betekent een afwijzing van de geriatrie afdeling in het ziekenhuis. Wanneer collega BRUYEL stelt, dat binnen het ziekenhuis in de samenwerking van internist en revalidatie-arts de beste mogelijkheid ligt voor bejaarden, dan zou ik dat liever wat ruimer stellen en zeggen dat het belang van de bejaarde patiënt in het ziekenhuis ligt in de samenwerking van alle specialisten mét de revalidatie-arts.

Vergeet wij liever niet de bejaarde patiënt op de chirurgische, orthopedische, neurologische e.a. afdelingen.

Tenslotte zou ik als mijn mening willen geven, dat collega SCHREUDER met zijn aanhoudende pleidooien voor de geriatrie afdeling een spoedige oplossing van het probleem waar wij voor staan, niet bevordert.

Literatuur: BRUYEL, L. P. (1964) *Medisch Contact* 19, 649. — SCHREUDER, J. TH. R. (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 1825.

's-Gravenhage, 15 oktober 1966 M. D. J. VAN DER MEER

In 1962 vroeg de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van Nederland advies aan de Wereldgezondheidsorganisatie over de bejaardenzorg in Nederland. Als adviseur trad namens de WHO op Dr. KENNETH HAZELL. Zijn rapport eindigt (bl. 44) met enige aanbevelingen, waaruit ik citeer: „that consideration be given to the establishment in every general hospital of geriatric wards and appointment of a physician in charge of the department as outlined”.

Op het vierde Congres van de Europese Klinische Sectie van de Internationale Vereniging voor Gerontologie werd in 1964 een resolutie aangenomen (zie het Verslag, 1965) waaruit ik het volgende citeer (bl. 756): „A geriatric unit is a hospital department in or associated with a general or teaching hospital for specialized medical care and physical and social rehabilitation of ill elderly people. Such a unit must have the same facilities for the admission, diagnosis and treatment of patients as general medical wards, and must be

under the supervision and control of a consultant physician specially trained in geriatric medicine”.

Uit de voordracht van Prof. FERGUSON ANDERSON in Glasgow, gehouden op het zevende Internationale Congres voor Gerontologie, juni 1966 te Wenen, citeer ik het volgende: „I have endeavoured to show that the skill and knowledge required by the physician practising this difficult subject entitles us to state categorically that geriatrics is a speciality of prime importance and interest”.

Natuurlijk is collega VAN DER MEER volkomen vrij, de voorkeur te geven aan de mening van zijn deskundige BRUYEL.

Literatuur: HAZELL, K. *Report on a visit to the Netherlands.* — Verslag van „IVth Congress European Clinical Section of the International Association of Gerontology”, San Remo, September 1965. — ANDERSON, W. F. (1966) *Geriatrics - A speciality. Proceedings 7th Int. Congr. of Gerontology*, dl. 1, bl. 369.

Hilversum, 27 oktober 1966 J. TH. R. SCHREUDER

RETROPERITONEALE FIBROSE TIJDENS GEBRUIK VAN METHYSERGIDE (DESERIL)

Met belangstelling las ik de casuïstische mededeling van de collegae BAX, VAN ASBECK en POSTMA (1966). Het is mij bekend via waarschuwingen van Sandoz, via publikaties van GRAHAM e.a. (1966) en van WEENINK en BRUYN (1966) dat bij het voorschrijven van methysergide een regelmatige medische controle vereist is, en dat men een reeks contra-indicaties in acht moet nemen, die o.a. in bovengenoemde publikaties vermeld zijn. Eén van de ernstigste ongewenste bijwerkingen die zeer waarschijnlijk aan methysergide moeten worden toegeschreven (WEENINK en BRUYN) is wel het ontstaan van retroperitoneale fibrose. GRAHAM e.a. vermelden hiervan 29 gevallen (10 eigen gevallen) en BAX e.a. voegen daaraan 1 geval toe.

Zij die migraine-lijdens behandelen, weten dat deze patiënten dikwijls reeds vele artsen hebben geraadpleegd, en derhalve tal van medicamenten, dikwijls in hoge doseringen en vaak gedurende lange perioden, hebben gebruikt.

Het is goed, dat met nadruk op het ontstaan van ongewenste bijwerkingen van medicamenten wordt gewezen, maar men moet daarbij trachten te voorkómen dat een op zich waardevol therapeuticum (zoals methysergide) in diskrediet komt. De mededeling van BAX e.a. brengt het gevaar van een dergelijk diskrediet met zich mee, omdat GRAHAM e.a. een paar maal onvolledig worden geciteerd:

1. GRAHAM e.a. vermelden inderdaad 10 gevallen van retroperitoneale fibrose op ongeveer 1000 patiënten die met methysergide werden behandeld, maar het lijkt mij niet juist daarbij onvermeld te laten dat „They tend to be patients with unusually severe headache, and some have taken higher doses of the drug than are currently recommended”.

2. BAX e.a. citeren voorts dat de eerste verschijnselen 9 tot 54 maanden na gebruik van methysergide ontstonden bij gebruik van 2 mg of meer per dag. Formeel is dat juist. Maar bekijkt men de tabel betreffende 27 gevallen van GRAHAM e.a., dan blijkt dat slechts in 2 gevallen 2 mg daags was gebruikt, dat in 3 gevallen de dosering onbekend was en dat in 22 gevallen de dosering varieerde tussen 2 en 28 mg per dag. De meeste patiënten gebruikten 6-8 mg daags.

3. BAX e.a. vermelden dat GRAHAM e.a. retroperitoneale fibrose zagen ontstaan na gebruik van ergotamine. GRAHAM e.a. tonen inderdaad een tabel waarin 9 van deze patiënten worden vermeld, en zij noemen voorts 2 aan hen gerapporteerde gevallen. Het lijkt mij echter niet geheel juist dat niet