

Nog altijd is de Nederlandse omschrijving van het woord arts: genes-, heel- en verloskundige. Nog altijd is het zo, dat het menselijk bestaan zich uitstrekt tussen de polen van de geboorte en de dood, en dat ieder specialisme met het einde, maar slechts één specialisme met het begin van het individuele bestaan te maken heeft.

Het specialisme van de obstetricus-gynaecoloog is het specialisme van de fysiologie en de pathologie van de menselijke voortplanting, waarvan de vrouwelijke voortplantingsorganen wel een belangrijk maar zeker geen volledig substraat vormen.

De universele betekenis van dit specialisme, dat daarom terecht als een der drie hoofdvakken beschouwd dient te worden, spreekt al heel duidelijk, wanneer men zich realiseert, dat er zelfs heden ten dage nog mensen gevonden worden, die het hoofd voor altijd neerleggen, zonder in hun bestaan een orgaan of orgaangedeelte door een chirurgisch ingrijpen te hebben verloren, maar geboren zijn zij altijd. De enorme micro- en macrosociale betekenis van het specialisme is al even indrukwekkend, wanneer men bedenkt welke invloed de geslachtsbetrekkingen (en hun verband met de voortplanting) hebben voor vrijwel ieder individu, en welke problemen thans over de gehele wereld worden opgeroepen door de discrepantie tussen geboorte- en sterftecijfers, een discrepantie, die alleen door beïnvloeding van het geboortecijfer opgelost lijkt te kunnen worden.

Een klinische basisopleiding zonder een co-assistentenschap in de algemene verloskunde (lees: menselijke voortplantingskunde) is even onvolledig als een basisopleiding zonder een der andere twee hoofdvakken. Hierbij is nog te bedenken, dat de heelkundige principes ook gedemonstreerd kunnen worden tijdens een stage neurochirurgie, urologie, orthopedie en de vele andere chirurgische subspecialismen, terwijl dit zelfde mutatis mutandis geldt voor de interne geneeskunde; voor de verloskunde geldt dit niet.

Dit alles neemt niet weg dat het onderwijs in de speciële verloskunde, d.w.z. het deskundig leiding kunnen geven bij een baring, inclusief het verrichten van een aantal kunstgrepen op een verloskundige fantoom, inderdaad alleen van belang is voor toekomstige huisartsen en obstetrici. Het bestaande co-assistentenschap verloskunde en gynaecologie, dat aan de meeste universiteiten thans drie maanden in beslag neemt, zou ongetwijfeld aanzienlijk bekort kunnen worden voor degenen die later geen bevallingen zullen gaan leiden, en verlengd moeten worden voor degenen die de huispraktijk willen gaan beoefenen.

Dat er „uterus centered” of zelfs „perineum centered obstetricians” bestaan, zij toegegeven. Dit als uitgangspunt te nemen voor een nieuwe artsenopleiding is echter ontoelaatbaar.

Literatuur: BROEK, C. J. H. VAN DE, CH. DE MONCHY EN N. H. VROEGE (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2338.

Amsterdam, 3 januari 1967

G. J. KLOOSTERMAN

Op het eerste gezicht lijkt het alsof er een brede kloof gaapt tussen de opvattingen van Prof. KLOOSTERMAN en de schrijvers van de Nota arts-opleiding. Bij nader inzien blijkt het meningsverschil echter zeer beperkt. Ter adstructie willen wij op het volgende wijzen:

1. Prof. KLOOSTERMAN is het met ons eens, dat de speciële verloskunde alleen van belang is voor a.s. huisartsen en vrouwenartsen. Ook hij meent dat het bestaande co-assistentenschap aanzienlijk bekort kan worden voor al degenen, die later geen bevallingen gaan leiden.

2. Uit deze opvatting hebben wij de consequentie getrokken de verloskunde tot keuzevak te maken: degenen, die later geen verloskunde gaan beoefenen, worden ook niet tot een stage in de verloskunde verplicht.

Het verschil in opvatting blijkt in de eerste plaats tot een verschil in woordgebruik terug te voeren. Prof. KLOOSTERMAN verstaat onder het begrip algemene verloskunde: menselijke voortplantingskunde, de fysiologie en de pathologie van de menselijke voortplanting. Tevens rekent hij daar ook de sociale consequenties van de menselijke voortplanting onder, dus ook geboortenregeling en alles wat daar mee samenhangt.

De ondergetekenden hebben het begrip verloskunde in de meer beperkte zin van fysiologie en pathologie van zwangerschap, baring en kraambed opgevat. Mét Prof. KLOOSTERMAN zijn ook wij van mening, dat de leer der seksualiteit en der menselijke voortplanting, dit laatste vooral ook in sociale zin, tot de verplichte vakken voor iedere arts behoren.

Over de vraag, hoe dit onderwijs in de praktijk het beste geregeld kan worden (te denken valt aan een samenwerking tussen gynaecoloog, psychiater, sociaal-geneeskundige en eventueel huisarts) hebben wij ons niet willen uitlaten.

Utrecht, 20 januari 1967

N. H. VROEGE

C. DE MONCHY

C. J. H. VAN DE BROEK

ROKEN EN LONGCARCINOOM

In een tweetal klinische Lessen (1965 en 1967) bespreekt Prof. HULST de ziektegeschiedenis van een in 1899 geboren leraar, bij wie in 1962 de diagnose longemfyseem en cor pulmonale werd gesteld, terwijl er ook astma in het spel was. In 1965 werd bij de patiënt in de linker long een plaveiselcelcarcinoom ontdekt. M.i. enigszins berustend merkt Prof. HULST naar aanleiding hiervan op (1967): „Het verloop van zijn ziekte voegt zich bij dat van een groep patiënten, die, na vele, zeer vele jaren hoesten, tenslotte bronchuscarcinoom krijgen”. Daarbij wordt verwezen naar de desbetreffende bevindingen van VAN DER WAL (1964), die een onderzoek instelde naar de relatie tussen CARA-patiënten en longkanker.

Eén van de praktische consequenties van het onderzoek van VAN DER WAL is volgens haar: „Hoewel het niet zeker is, dat het verband CARA-bronchuscarcinoom via chronisch hoesten en het opgeven van sputum loopt, lijkt dit toch niet onaannemelijk en is adequate behandeling van de CARA-patiënten vanaf de jeugd en voorzichtigheid met exogene prikkels juist bij hen aangewezen (rookgewoonten, keuze van beroep en woonmilieu).

Bij de bovengenoemde patiënt merkt Prof. HULST o.a. op, dat hij „een liefhebber was van roken”. In 1963 werd het roken hem verboden.

In het Amerikaanse rapport *Smoking and Health* (1964) wordt o.a. geconcludeerd: „Cigarette smoking is causally related to lungcancer in men” en eveneens: „A relationship exists between pulmonary emphysema and cigarette smoking but it has not been established that the relationship is causal. The smoking of cigarettes is associated with an increased risk of dying from pulmonary emphysema”.

Zou Prof. HULST — in plaats van zijn berustende uitspraak hierboven vermeld — ook voor de gedachte kunnen voelen, dat de exogene invloed „roken” bij deze patiënt een beslissende betekenis heeft gehad?

Literatuur: HULST, L. A. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 65; (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 61. — *Smoking and Health* (1964) U.S.A. Public Health Service Publication No. 1103. — WAL, A. M. VAN DER (1964) *Chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (CARA) als voorwaarde voor het ontstaan van het bronchuscarcinoom*. N.V. Dijkstra's Drukkerij, Groningen.

Amsterdam, 14 januari 1967

L. MEINSMAN

Een strofe van ROGERS kwam in mijn gedachten na het lezen van het ingezonden stuk van collega MEINSMA:

„Visions I no longer see,
and smoke is only smoke to me,
now I am old.”

Deze betrok ik op mijzelf en vroeg mij af of in mijn les te weinig aandacht geschonken was aan de rol, die het roken van mijn CARA-patiënt zou hebben gespeeld, ook bij het ontstaan van zijn bronchuscarcinoom.

Vermeld werd dat hij een liefhebber was van roken, ook dat hem het roken werd verboden. Een schadelijke invloed werd dus mogelijk geacht. Had ik in mijn les verder moeten gaan en bv. moeten stellen, dat het roken een „beslissende factor” is geweest bij het ontstaan van de CARA en het bronchuscarcinoom?

Zeker is het, dat straffe rokers vaak longcarcinoom krijgen. Ook wil ik aanvaarden, dat er een relatie is tussen longemfyseem en roken, ook dat er een relatie is tussen longcarcinoom dat zich bij CARA-patiënten ontwikkelt en roken. Het zijn statistische relaties. In een individueel geval te stellen dat het roken als exogene invloed een beslissende invloed heeft gehad lijkt mij echter thans niet verantwoord.

Doch collega MEINSMA is er in geslaagd nog eens de aandacht te vestigen op de soms nadelige zijde van het roken.

Utrecht, 23 januari 1967

L. A. HULST

ARTSEN EN DE KWESTIE ROKEN

Uit de vele brieven en reacties, die ik de afgelopen maanden heb ontvangen, is mij gebleken, dat er in Nederland vele mannen en vrouwen zijn, die graag met het roken zouden willen ophouden, maar die grote problemen hebben als zij dit ook werkelijk trachten te bereiken. Zo kwamen er, op een in november twee maal uitgezonden televisiefilmpje, dat gegevens verstrekke over de bekende gevaren die aan het roken verbonden zijn, ongeveer 700 brieven binnen — een enorme respons volgens TV-insiders — hoofdzakelijk met het verzoek een rook-ontwenningmethode aan te geven.

Daar artsen, speciaal huisartsen, in deze een belangrijke rol kunnen spelen, verheugt het mij zeer, dat collega TERPSTRA in Akkrum die hulp aan zijn dorpsgenoten heeft geboden. Terecht heeft dit initiatief grote publieke aandacht getrokken.

Mensen die van het roken willen afkomen, spiegelen zich graag aan het voorbeeld, dat de artsen hierin geven; om deze reden zou ik gaarne van collega's vernemen, of zij zelf met roken opgehouden zijn en hoe hun dit gelukt is. Het interesseert mij eveneens zeer, of er huisartsen of andere collega's zijn, die zelf al rokers, bij hun pogingen het roken te stoppen, helpen of geholpen hebben, en met welke resultaten.

Ik hoop dat zij mij de gevraagde gegevens zullen willen verstrekken.

Amsterdam, 21 januari 1967

De Lairesestraat 33

L. MEINSMA

ÜBER DIE WIRKUNG VON TEGO-DESINFEKTIONSMITTELN AUF BAKTERIEN

Dr. F. DEKKING (1966) berichtete über das Vorkommen von *Pseudomonas* in verschiedenen Desinfektionslösungen. Er erwähnte beiläufig, daß auch in TEGO-Seifen (amphotere TEGO-Desinfektionsmittel) *Pseudomonas*wachstum beobachtet worden sei. Wir möchten diese Ausführungen wie folgt ergänzen und richtigstellen:

In deutschsprachigen Fachzeitschriften wurde erstmals 1953 (KRÜPE, später GUST und DOLD) über Wachstum weniger gramnegativer *Pseudomonas*stämme in Handelsware von TEGO Desinfektionsmitteln (Ampholytseifen) berichtet. Interessanterweise konnten jedoch aus 1 %igen Gebrauchsverdünnungen dieser Ampholytseifen niemals *Pseudomonas*keime isoliert werden. Ähnliche Feststellungen waren zuvor nie gemacht worden, doch konnte schon bald eine Erklärung für dieses Phänomen gefunden werden. Ursache für das teilweise andersartige bakteriologische Verhalten von Handelswaren und Gebrauchsverdünnungen von Ampholytseifen war die unterschiedliche Strukturierung des Wirkstoffes in den jeweiligen Desinfektionslösungen. Während sich die in TEGO-Desinfektionsmitteln wirksamen höhermolekularen Aminosäuren in Handelswaren zu Micellen gruppieren, lagen sie in Gebrauchsverdünnungen unter Aufspaltung des Micellverbandes überwiegend molekular vor. Gegen einige, nur selten anzutreffende *Pseudomonas*stämme wirken Ampholytseifen wohl in molekularer, nicht aber in micellater Form, dagegen wirken TEGO-Desinfektionsmittel gegen andere Bakterienarten sowohl molekular als auch micellar. Nach Klärung dieser kausalen Zusammenhänge war es verhältnismäßig leicht, die Zusammensetzung handelsüblicher Ampholytseifen so abzuwandeln, daß auch in der Handelsware neben Micellen von Alkylpolyamino-glycin noch genügend molekulare amphotere Wirkstoffe vorliegen.

Seit mehr als zehn Jahren können deshalb aus Handelswaren von TEGO-Desinfektionsmitteln keine Mikroorganismen mehr gezüchtet werden; sie wurden auch vor dieser Zeit in den in der Praxis benutzten Gebrauchsverdünnungen nie angetroffen und insofern war die Fragestellung nach Bakterien in amphoterer TEGO-Desinfektionslösung nur von akademischem Interesse, weil ohne Bedeutung für die Desinfektionspraxis.

Was die Wirksamkeit und den Wirkungsmechanismus von amphoteren TEGO-Desinfektionsmitteln gegen *Pseudomonas* anlangt, so darf auf eine Veröffentlichung von Dr. K. G. LICKFELD verwiesen werden (1965). In dieser Arbeit wird die Ampholytseifenwirkung auf *Pseudomonas aeruginosa* beschrieben und gestützt auf elektronenmikroskopische Untersuchungen wird ausgesagt, daß TEGO-Desinfektionsmittel an dieser gramnegativen Bakterienart folgende morphologische Veränderungen auslösen: Perforation der Zellwand, danach blasiges Auftreiben der Zellwand und schließlich Denaturierung des Zellplasmas.

Literatur: DEKKING, F. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1637. — LICKFELD, K. G. (1965) *Zbl. Bakt.* **197**, 127.

Essen, 6. Dezember 1966

TH. GOLDSCHMIDT A.-G.

De firma Goldschmidt schreef mij, dat de vondst van *Pseudomonas* in TEGO-concentraat destijds voor hen als een verrassing kwam. Het lijkt mij dat zulke verrassingen, ondanks verbeteringen van het produkt, altijd mogelijk blijven. De strekking van mijn klinische les is, dat in ziekenhuis of artsenpraktijk door kleine onachtzaamheden of fouten, ontsmettingsmiddelen besmet kunnen raken, en dat deze besmetting funester gevolgen heeft naarmate men meer vertrouwen in het desbetreffende middel stelt. Men doet dus verstandig ook goede ontsmettingsmiddelen slechts te gebruiken als het beoogde doel op geen andere wijze bereikt kan worden, en dat is zeer zelden. De fabrikanten van ontsmettingsmiddelen zullen deze zienswijze, uit den aard hunner zaken, niet gaarne willen onderschrijven.

Amsterdam, 23 januari 1967

F. DEKKING