

## INGEZONDEN

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

### PSYCHOPHARMACA

Om de mening te staven dat levopromazine (levomepromazine; Nozinan) agranulocytose kan veroorzaken, worden door collega W. K. GAULHOFER (1967) in zijn ingezonden stuk drie in het psychiatrisch ziekenhuis te Santpoort waargenomen gevallen van agranulocytose opgenoemd. Gesuggereerd wordt dat de agranulocytose een gevolg is geweest van het gebruik van levopromazine. Naar mijn mening is dit niet geheel juist.

De eerste patiënte kreeg als medicatie zowel levopromazine als sulfadimethoxine (Madribon). Het eerste medicament was gedurende 7 weken, het tweede gedurende de laatste 9 dagen voorgeschreven. Daar dit laatste een sulfa-verbinding is, zou men de agranulocytose even goed op rekening hiervan kunnen schuiven.

In het tweede geval bestond de medicatie uit levopromazine plus amobarbital (Amytal) + imipramine (Tofranil). Het is echter bekend dat zowel barbituraten als imipramine agranulocytose kunnen teweegbrengen. Dat na hernieuwde toediening van amobarbital alléén, geen recidief van de agranulocytose ontstond bewijst niet, dat de agranulocytose daarvoor, niet een gevolg van amobarbital zou kunnen zijn geweest.

De derde patiënte kreeg evenmin alléén levopromazine, maar gelijktijdig fenobarbital.

De beschreven agranulocytosen bij de drie patiënten zijn n.m.m. hoogstwaarschijnlijk eerder het resultaat geweest van de combinatie van twee of drie agranulocytose-veroorzakende stoffen (sulfa-verbinding; barbituraat; imipramine), door potentiëring, dan van levomepromazine alléén.

De door collega GAULHOFER beschreven gevallen mogen m.i. niet als bewijs worden gezien voor beenmergbeschadigende werking van levopromazine, maar wel als waarschuwing gelden voor het combineren van stoffen waarvan bekend is dat ieder op zich schadelijk kan zijn voor de bloedaanmaak.

Literatuur: GAULHOFER, W. K. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1145.

Enschede, 23 juni 1967

J. B. M. VISMANS

### HET SCHOUDER-HANDSYNDROOM

Bij de opmerkingen van collega BONNET (1967) willen wij gaarne nog een enkele kanttekening plaatsen.

In ons artikel hebben wij nergens de reactieve zwelling van de hand toegeschreven aan een hypertrofie van de weefsels, maar evenals collega BONNET aan een generaliseerde oedemateuze zwelling van de hand, met tekenen van hyperemie. Deze door ons nauwkeurig omschreven reactieve zwelling samen te vatten onder het begrip „hypertrofisch stadium” kan inderdaad tot verwarring leiden. Eventueel zou men beter van een pseudo-hypertrofisch of oedemateus stadium kunnen spreken, in tegenstelling tot de tweede atrofische fase. Tegen al deze termen zijn echter wel enige bezwaren aan te voeren wanneer ze losgemaakt worden van de omschrijving van deze fase van dit „dystrofisch syndroom” welke de auteurs geven.

Geheel geen bezwaar zien wij in het gebruik van het woord: botatrofie. Histologisch wordt er een atrofie van de beenbalkjes waargenomen en niet uitsluitend een ontkalking. Van de groep van de „neurovasculaire reflex-dystrofieën” hebben wij ons beperkt tot het schouder-handsyndroom. In de paragraaf „methode” werd uitdrukkelijk vermeld dat wij bij ons onderzoek uitgesloten hebben patiënten met aantoonbare traumatische beschadigingen. Het vermelden van literatuur, handelend over dit post-traumatisch syndroom, is dus niet relevant. De door collega BONNET aangehaalde Nederlandse literatuur handelt over het post-traumatische dystrofisch syndroom. Het verwijt van collega BONNET aan de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en de „chefs” is derhalve ongegrond.

Literatuur: BONNET, J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1056.

Leiden, 4 juli 1967

A. CATS

J. K. VAN DER KORST

### MEDISCHE OPLEIDING IN DE VERENIGDE STATEN (X. PSYCHIATRIE)

Naar aanleiding van de beschrijving door Dr. A. J. R. KOU-MANS (1967) van de opleiding voor psychiatrie, als onderdeel van de medische opleiding in de Verenigde Staten, en tevens naar aanleiding van het daarop gegeven commentaar van Prof. Dr. J. BASTIAANS, is een korte beschouwing noodzakelijk.

Aan het slot van zijn mededeling constateert Dr. KOU-MANS, dat van de opgeleide Amerikaanse psychiaters „slechts weinigen naar de periferie vertrekken”, waar „de psychiatrie bijna uitsluitend wordt bedreven in en om grote 19e-eeuwse gestichten, die alle overbevolkt zijn met zieken, en onderbezet met artsen”. Deze bekende toestand kenmerkt het principiële onderscheid tussen de (toegepaste) Amerikaanse en Nederlandse psychiatrie. De Nederlandse psychiatrie is er niet in hoofdzaak voor de „happy few” in de grote stedelijke centra („het traditionele model van de gekwelde, gemotiveerde en intelligente patiënt”, die een intensieve psychotherapie persoonlijk kan ondergaan en economisch kan dragen), maar voor het gehele volk, in alle lagen. De Nederlandse opleiding voor psychiatrie is daarop tot dusver gericht.

Prof. BASTIAANS beschrijft naast de sterke achterstand van de Nederlandse psychiatrie op wetenschappelijk terrein een aantal positieve ontwikkelingen, met name op sociaal-psychiatrisch gebied. Het is jammer, dat hij niet tevens wijst op de minder spectaculaire, doch evenzeer enorme ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie in de voorbije 15 jaar. Want op dit terrein is het contrast met de Amerikaanse psychiatrie — vooral in mentaliteit — nog veel groter dan op sociaal-psychiatrisch terrein. Het sociaal-psychologisch denken en werken past in de Amerikaanse cultuur. Het psychiatrisch-klinisch denken — dat vooral uit de grote klinieken en inrichtingen wordt gevoed — begint in de Verenigde Staten schoorvoetend op gang te komen, geremd door gebrek aan mensen en gestimuleerd door de impulsen van o.a. JOHN F. KENNEDY.

De zwakste schakel bepaalt de kracht van de keten; de behandeling van de meest hulpbehoevende psychiatrische patiënt bepaalt het medische en humanitaire niveau van de totale psychiatrische zorg. Er is in Nederland nog zeer veel te doen op het terrein van de ziekenhuispsychiatrie, doch

zolang in Amerikaanse psychiatrische inrichtingen 19-eeuwse toestanden heersen en worden getolereerd, is Amerika een psychiatrisch ontwikkelingsgebied.

De verwijzing van Prof. BASTIAANS naar de positieve valenties van de Nederlandse en Europese psychiatrie juich ik om vele redenen van harte toe. Maar ik zou daarbij graag de ziekenhuispsychiatrie expliciet willen betrekken. Deze heeft zich in ons land ontwikkeld tot een stevige en onmisbare kern in de totale psychiatrische zorg. Ingetogenheid is echter een voorwaarde voor haar effectiviteit binnen de menselijke problematiek. Daardoor neemt zij in beschouwingen en beoordelingen meestal een te bescheiden plaats in, met het risico dat zij — ook op beslissende punten — bijna vergeten en in den regel kwalitatief en kwantitatief onderschat wordt! Niet het minst in medische kring.

Toch kan juist de door Dr. KOUMANS aangeduide Amerikaanse situatie leren, hoe belangrijk het is dat de ziekenhuispsychiatrie zich in Nederland kwalitatief zo sterk heeft ontwikkeld, hoe wenselijk het is dat deze ontwikkeling zich voortzet, en hoe noodzakelijk het is dat in de Nederlandse opleiding voor psychiatrie daarmee ten volle rekening wordt gehouden. Want er zijn niet alleen schrikbarende tekorten aan staf in universitaire centra. Ook in onze psychiatrische ziekenhuizen (30.000 plaatsen; over 10-15 jaar wellicht 60.000 plaatsen door voorgenomen uitbreidingen voor oligofrene, demente en psychopathische patiënten) heerst een permanente onderbezetting van goed getrainde en wetenschappelijk denkende, op het klinisch-psychiatrische werk ingestelde specialisten, die hun eigen werk moeten uitbouwen.

*Literatuur:* KOUMANS, A. J. R. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1005. — BASTIAANS, J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1006.

Leidschendam, 5 juni 1967 M. H. COHEN STUART

Het commentaar van collega COHEN STUART valt uiteen in een deel dat betrekking heeft op de toestanden in Nederland, beschreven door Prof. BASTIAANS, en een deel dat slaat op mijn beschrijving.

De artikelenreeks wilde een beschrijving geven van de medische opleiding aan één instituut, Harvard University (behoudens enkele uitzonderingen). Beschrijving van toestanden in de praktijk viel buiten het kader van de serie. Mijn slotregel heeft dan ook verwarring gesticht („... de periferie . . . waar de psychiatrie bijna uitsluitend wordt bedreven in en om grote 19-eeuwse gestichten die alle overbevolkt zijn met zieken en onderbezet met artsen”).

Deze toestand is zeker te vinden. Maar de indruk die het wekte, doet geen recht aan de enorme vaart die vooral in de laatste jaren is genomen door de „community psychiatrie”, die vaak vooruitstrevende en creatieve oplossingen heeft gevonden voor het probleem van de „psychiatrie voor het gehele volk”.

De enorme tegenstellingen in de Verenigde Staten zijn zeker ook te vinden in de kwaliteit van de psychiatrische zorg: van uiterst fijnzinnig en compleet tot achterlijk. In iedere verzameling staten van even uiteenlopende economische en sociale ontwikkeling (bv. Europa) zijn deze verschillen aan te treffen.

Het is te hopen dat de artikelenreeks nog aan haar doel zal beantwoorden, nl. het stimuleren van de discussie over de medische opleiding in Nederland. Een vergelijking van de heersende toestanden in de patiëntenzorg kan interessant zijn maar het leidt de aandacht af van het onderwerp dat ter discussie werd gesteld.

Boston, juni 1967

A. J. R. KOUMANS

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### Wereldberichten

**Kankeronderzoek 1962-1966.** — De internationale unie tegen kanker (U.I.C.C.) geeft in haar jongste Activities-report in het Engels gestelde deskundige verslagen van de lange reeks van congressen en U.I.C.C. symposia die in de afgelopen vijf jaar zijn gehouden. Ook comité-rapporten en vele andere publikaties en bijzonderheden worden vermeld. Hier volgt een opgave van de onderwerpen der symposia: *Cutaneous Cancer* (Philadelphia, 1962), *Prognosis of malignant tumours of the breast* (Parijs, 1962), *Lymphoreticular tumours in Africa* (Parijs, 1963), *Cellular control mechanisms and cancer* (Amsterdam, 1963), *Control of cancer of the penis and of the uterus* (Mexico, 1964), *Geographical pathology of cancer of the uterus* (Mexico, 1964), *Cancer of the nasopharynx* (Singapore, 1964), *Asbestos and cancer* (New York, 1964), *Chemotherapy of choriocarcinoma* (Manila, 1965), *Specific tumours antigens* (Sukhumi, USSR, 1965), *Structure and control of the melanocyte* (Sofia, 1965), *The mechanism of invasion in cancer* (Parijs, 1965), *Risks of carcinogenic effects of drugs* (Parijs, 1965), *Tumours of the gastrointestinal tract in Africa* (Genève, 1965), *Chemotherapy of Burkitt's tumour* (Kampala, 1966).

#### Denemarken

**Plotselinge onverwachte dood van wiegekinderen.** — Het instituut voor forensische geneeskunde van de universiteit te Kopenhagen deed het verslag verschijnen van de lijkopeningen van 164 kinderen ouder dan 30 dagen en jonger dan een jaar, die plotseling, zonder ziekteverschijnselen waren overleden. Het onderzoek was zeer volledig en deed drie groepen onderscheiden. Groep I (43 gevallen) werd geheel ontraadseld (schedelbreuk, allerhande verstikkingen, vergiftigingen, aangeboren hartgebreken, ernstige infectie). Groep II (41 gevallen) omvatte lichte afwijkingen, die de dood niet verklaarden. Groep III (80 gevallen) omvatte de „completely cryptogenic cases; no definite pathological changes”. (*Dan. med. Bull.*, juni 1967, bl. 109).

#### Duitsland

**Diabetes centra.** — Sinds enige jaren functioneert te Dusseldorp een Diabetesforschungsinstituut, gefinancierd door het land Nordrhein-Westfalen en het Volkswagenwerk. Een dergelijk instituut zal te München worden opgericht, verbonden met het Krankenhaus München-Schwabing. Het is de bedoeling dat de instellingen te Dusseldorp en te München nauw zullen samenwerken. Aan het onderzoek van de „Vorstudien” en aan de „Probleme der Frühdiagnose” zal bijzondere aandacht worden gegeven. (*Dtsch. med. Wschr.*, 23 juni, bl. 1169).

**Sterftecijfers van bewoners van stad en land.** — De *Deutsche medizinische Wochenschrift* van 23 juni (bl. 1169) ontleent aan de jongste mededelingen van het Statistische Bundesamt sterftecijfers van de jaren 1960-1962 en vergelijkt gegevens van grote en kleine gemeenten. De zuigelingensterfte is op het land lager dan in de steden, in tegenstelling tot de sterfte van de kinderen vóór de schoolleeftijd. Op de leeftijd tussen 15 en 30 jaar is de sterfte voor de mannen belangrijk hoger (soms tot 24 pct) op het land dan in de steden; bij de vrouwen zijn deze verschillen „nicht ganz so gross”. Voor pasgeboren jongens bedraagt de gemiddelde levensverwachting in boerendorpen ongeveer 65 jaar, voor meisjes ongeveer 70 jaar, terwijl voor gemeenten met minder dan 2000 inwoners zonder boeren, de levensverwachting voor jongens 68½ jaar is, voor de meisjes 73¼. Voor de grote steden zijn deze cijfers 66¾ en 72¼; voor het gemiddelde van alle in de Bondsrepubliek pasgeborenen in de jaren 1960-1962 66,9 en 72,4.