

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### SUBSIDIES VAN HET PRAEVENTIEFONDS

Nu het Praeventiefonds in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten over meerdere financiële middelen beschikt, is het Bestuur van het Fonds voornemens, uitbreiding te geven aan het toekennen van subsidies als tegemoetkoming in de kosten van wetenschappelijk onderzoek.

De voorkeur gaat daarbij uit naar onderzoeken op het gebied van de geriatrie/gerontologie, de jeugdproblematiek, het vraagstuk van de verkeersongevallen en de evaluatie van de verstrekkingen krachtens de Ziekenfondswet en de A.W.B.Z., echter zonder andere mogelijkheden uit te sluiten.

Deze onderzoeken, bij voorkeur van toegepaste wetenschappelijke aard, dienen gericht te zijn op de preventie van ziekte of de bevordering van de gezondheid en zowel wat de tijdsduur als de kosten betreft, overzienbaar te zijn.

Belanghebbenden kunnen zich voor de toezending van een aanvraagformulier en de algemene richtlijnen wenden tot het Bestuur van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3 te 's-Gravenhage.

's-Gravenhage, 12 februari 1968

Namens het Bestuur van het  
Praeventiefonds,

M. VAN DER VELDE, *secretaris*

### INTERNATIONALE PRIJS RENÉ BARTHE 1969

De prijs René Barthe is bedoeld als beloning voor recent origineel werk op het gebied der bedrijfsgeneeskunde. Auteurs van iedere nationaliteit kunnen meedingen.

De prijs, die 5000 Franse francs bedraagt, wordt iedere drie jaar uitgelooft ter gelegenheid van de Internationale Congressen Bedrijfsgeneeskunde, die worden georganiseerd onder auspiciën van „la Commission Internationale Permanente de Médecine du Travail”.

De volgende prijs zal worden uitgereikt in 1969 ter gelegenheid van het XVIe Internationale Congres Bedrijfsgeneeskunde.

Het reglement met betrekking tot de prijs kan worden aangevraagd: Comité du Souvenir du Docteur René Barthe, 22-22 bis, Avenue de Wagram - Paris 17ème; de desbetreffende publikaties dienen aan hetzelfde adres te worden gezonden vóór 15 december 1968.

## INGEZONDEN

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

### GROOTMOEDERS IN STAAT VAN BESCHULDIGING

Het is nog steeds een fascinerende vraag waarom de ene rhesus-negatieve vrouw wel antistoffen vormt na een zwangerschap van een rhesus-positief kind en de andere niet. Men moet wel aannemen dat er een individueel verschillende gevoeligheid voor het rhesusantigeen bestaat, zoals trouwens ook uit proeven bij vrijwilligers is gebleken.

Toen ruim 15 jaar geleden het begrip immunotolerantie bekendheid kreeg, hoopte men dat hiermee ook de geringe gevoeligheid van sommige mensen voor het rhesus-antigeen

verklaard zou kunnen worden. Als een rhesus-negatieve vrouw een rhesus-positieve moeder heeft gehad, kan zij tijdens haar foetale leven met het rhesus-antigeen in contact zijn gekomen, waardoor zich een tolerantie heeft ontwikkeld, d.w.z. dat zij later geen rhesusantistoffen meer vormt. Enkelen (OWEN e.a. 1954; AZDEEVA 1961) meenden deze hypothese op grond van hun patiëntenmateriaal te kunnen bevestigen: in geval van rhesusantagonisme was de grootmoeder van moeders zijde veel vaker rhesus-negatief dan volgens het toeval verwacht mocht worden. Door anderen (BOOTH e.a. 1953; WARD e.a. 1957) werd deze samenhang echter niet gevonden.

Thans wordt het steeds duidelijker dat kinderen reeds in utero geïmmuniseerd kunnen worden, en aller ogen richten zich opnieuw op de grootmoeders van rhesusbaby's, maar nu in de hoop, onder hen in plaats van een kleiner, een groter aantal rhesus-positieven te kunnen signaleren. Op het eerste gezicht lijkt TAYLOR (1967) hierin geslaagd te zijn en haar artikel is dan ook onlangs in dit *Tijdschrift* gerefereerd (Referaat 1968). VAN DEN BERG (1967), GARDNER (1967) en SHAPIRO (1967) hebben echter fundamentele kritiek op TAYLOR'S conclusies geleverd. Zij verwijten haar onder meer dat het materiaal is geselecteerd, waardoor de door haar uitgevoerde statistische bewerking zinloos is geworden.

Een kort pleidooi voor de grootmoeders die zichzelf zo slecht kunnen verdedigen, lijkt mij op zijn plaats. Als men de desbetreffende literatuur doorleest, blijkt noch de ene stelling (grootmoeders vaker rhesus-negatief), noch de andere (grootmoeders vaker rhesus-positief) afdoende te zijn bewezen. Waarschijnlijk ligt de waarheid in het midden en heeft de rhesusfactor van een vrouw geen invloed op de antistoffenvorming van haar dochter. In het algemeen hebben grootmoeders een zegenrijke invloed op hun kleinkinderen en er is naar ik meen geen reden om hun deze reputatie te ontnemen.

*Literatuur:* AZDEEVA, R. A. (1961) *Probl. Gematol. Iperel. Krovi* **11**, 24 (1962). (Ref. *Excerpta med. (Amst.) Sect. IV* **15**, 707. Tolerance of the mother to the Rh factor). — BERG, B. J. VAN DEN (1967) Rh-positive grandmothers and erythroblastosis fetalis. *New Engl. J. Med.* **276**, 1386. — BOOTH, P. B., I. DUNSFORD, J. GRANT en S. MURRAY (1953) Haemolytic disease in firstborn children. *Brit. med. J.* **II**, 41. — GARDNER, M. (1967) Assessing Rh-sensitisation risk. *Lancet* **II**, 96. — OWEN, R. D., H. R. WOOD, A. G. FOORD, PH. STURGEON en L. G. BALDWIN (1954) Evidence for actively acquired tolerance to Rh antigens. *Proc. nat. Acad. Sci. (Wash.)* **40**, 420. — Referaat (1968) De invloed van de rhesusfactor van de grootmoeder op de sensibilisatie van de kleinkinderen. *Ned. T. Geneesk.* **112**, 81. — SHAPIRO, M. (1967) Assessing Rh-sensitisation risk. *Lancet* **II**, 308. — TAYLOR, J. F. (1967) Sensitization of Rh-negative daughters by their Rh-positive mothers. *New Engl. J. Med.* **276**, 547. — WARD, H. K., R. J. WALSH en O. KOOPTZOFF (1957) Rh antigens and immunological tolerance. *Nature* **179**, 1352.

Utrecht, 19 januari 1968

E. BORST-EILERS

Tegen de opvatting van TAYLOR (1967) over de invloed van de rhesusfactor van de grootmoeder op de sensibilisatie van de kleinkinderen, waaraan in het *Tijdschrift* (1968) een referaat is gewijd, is in verschillende ingezonden stukken (VAN DEN BERG 1967; GARDNER 1967; SHAPIRO 1967) bezwaar gemaakt. De bezwaren waren gericht tegen de statistische bewerking van het onderzoek. Naar de mening van de briefschrijvers heeft het onderzoek niet op overtuigende wijze aangetoond dat grootmoeders schuldig zijn aan sensibilisatie van kleinkinderen.

Onlangs heeft de redactie van de *New England Journal of Medicine* (1967) hierop opnieuw de aandacht gevestigd, omdat in de rubrieken „Annotations” van de *Lancet* (1967) en „Leading articles” van de *British Medical Journal* (1967) de opvatting van TAYLOR was weergegeven zonder verwijzing naar de statistische bezwaren. Dit ontlokte een medewerker van de redactie van het Amerikaanse tijdschrift de verzuchting dat „ingezonden stukken aan redacties zelfs niet door redacteuren worden gelezen”. Zijn deze stukken ook ontsnapt aan de aandacht van de referent van het *Tijdschrift*?

*Literatuur*: Annotations (1967) Assessing the risk in Rh-group sensitisation. *Lancet* I, 1205. — BERG, B. J. VAN DEN (1967) Rh-positive grandmothers and erythroblastosis fetalis. *New Engl. J. Med.* 276, 1386. — Editorials (1967) Grandmothers and Dr. Goddard. *New Engl. J. Med.* 277, 1037. — GARDNER, M. (1967) Assessing Rh-sensitisation risk. *Lancet* II, 96. — Leading articles (1967) Risky grandmothers in Rh disease. *Brit. med. J.* III, 322. — Referaat (1968) De invloed van de rhesusfactor van de grootmoeder op de sensibilisatie van de kleinkinderen. *Ned. T. Geneesk.* 112, 81. — SHAPIRO, M. (1967) Assessing Rh-sensitisation risk. *Lancet* II, 308. — TAYLOR, J. F. (1967) Sensitization of Rh-negative daughters by their Rh-positive mothers. *New Engl. J. Med.* 276, 547.

Nijmegen, 17 januari 1968

J. VAN DER VEEN

Het blijft moeilijk, bij het schrijven van een referaat hiervan geen literatuur-overzicht te maken. Dank zij collega BORST-EILERS en Prof. VAN DER VEEN bezit de lezer van ons *Tijdschrift* nu toch enige literatuur over het onderwerp „grootmoeders en rhesus-sensibilisatie”. De stelling van collega BORST-EILERS, dat grootmoeders in het algemeen een zegenrijke invloed hebben op hun kleinkinderen, lijkt mij wat optimistisch.

Aan Prof. VAN DER VEEN, zou ik een gedeelte uit mijn referaat in herinnering willen brengen: „door deze materno-foetale transfusie kan de moeder in utero reeds gesensibiliseerd of geïmmuniseerd worden voor het rhesus-antigeen. Deze sensibilisatie van de moeder zou kunnen blijken uit het feit, dat haar kinderen vaker lijden aan morbus haemolyticus neonatorum, terwijl bij immunisatie juist het tegendeel het geval zou zijn. Ook is mogelijk dat de veronderstelde materno-foetale transfusie geen invloed op het kind heeft.” Wijst deze passage erop dat enige stukken betreffende dit onderwerp zijn ontsnapt aan de aandacht van ondergetekende?

Utrecht, 7 februari 1968

P. G. HART

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### Duitsland

**Postgraduate onderwijs aan artsen.** — Een enquête, door de Bundesärztekammer in de tweede helft van 1967 gehouden, leverde een zeer bevredigend resultaat op ten aanzien van de „ärztliche Fortbildung”. Gemiddeld heeft iedere arts in West-Duitsland 4 à 5 maal in het jaar deelgenomen aan een nascholingsprogramma. In tijdsduur uitgedrukt, zijn daarmee per arts 6,23 werkdagen van 8 uur gemoeid geweest. In totaal zijn er in West-Duitsland 6240 dergelijke vervolgcursussen gehouden. Deze telden in totaal 317.000 deelnemers, van wie 210.000 praktiserende artsen. (*D. Aerzteblatt*, 3 febr., bl. 237).

**Een risico voor de helper bij mond-op-mondbeademing.** — Een bericht in *La Riforma medica* (20 jan., bl. 56) bevat de beschrijving van een onaangenaam gevolg van mond-op-mondbeademing, met tenslotte een goede afloop. Een Duits arts die bij een slachtoffer mond-op-mondbeademing toepaste, werd daarbij onwel, hij werd misselijk en moest braken. Het duurde enige uren voor hij herstelde. Het slachtoffer was vergiftigd door „E 605” (parathion) en bij de beademing had de arts hiervan iets binnengekegen. Het bericht waarschuwt voor het risico dat zich kan voordoen bij dit soort beademing als het slachtoffer vergiftigd is door nicotine, vluchtige cyaanverbindingen, bepaalde insecticiden, enz. Gelukkig zijn deze stoffen meestal aan hun reuk te herkennen.

#### Groot-Brittannië

**Bereavement and medicine.** — Llanidloes is een kleine stad in Wales, waar de bevolking nog rustig ter plaatse is gebleven. De praktiserende arts aldaar, Dr. DEWI REES, beschrijft in het *British Medical Journal* (7 oktober 1967, bl. 13) de resultaten van een onderzoek naar de lotgevallen van naaste familieleden van overleden personen. Het bleek hem dat er in het eerste jaar na een sterfgeval onder de nabestaanden een verhoogd sterftecijfer voorkwam. Zijn onderzoek betrof 371 overledenen en 903 naaste familieleden. Van deze laatsten waren binnen een jaar na het sterfgeval 4,76 pct overleden, tegenover 0,68 bij een controlegroep. In het bijzonder weduwen en weduwnaren werden getroffen, de laatsten nog het meest: 8,5 pct van de weduwen en 19,6 pct van de weduwnaren. Een commentator in het *Canad. med. Ass. J.* (6 jan. bl. 59) formuleert als moraal: „zorg niet alleen voor je eigen gezondheid, maar pas ook op die van je familie.”

**Toegenomen sterfte aan astma.** — In de jaren 1960-1965 is er in het Koninkrijk een aanmerkelijke toeneming geweest van de sterfte aan astma. In 1966 was astma de doodsoorzaak in 7 pct van alle sterfgevallen. De sterfte betrof vooral personen van 5 tot 34 jaar, en zeer in het bijzonder de leeftijdsgroep van 10-14 jaar. Deze toeneming van de astma-sterfte heeft zich in andere landen niet of slechts in mindere mate voorgedaan. In twee artikelen in het *British Medical Journal* (10 febr.) komen SPEIZER, DOLL, HEAF en SPRANG tot de uitspraak dat de toeneming van de astma-sterfte wellicht het gevolg is van het toegenomen gebruik van corticoïden en van overdruk-aërosolen met sympathicomimetica. Een Editorialschrijver constateert in hetzelfde nummer: Men schrikt ervan op wanneer men zich realiseert, dat het toenemende gemak van de behandeling — met corticosteroiden en bronchodilatator-aërosolen, in het bijzonder met isoprenaline — niet een daling van de sterfte aan astma ten gevolge heeft gehad, en dat deze sterfte in de laatste jaren integendeel is toegenomen. Er zijn vooral veel plotselinge, geheel onverwachte sterfgevallen geweest.

De commissie-DUNLOP heeft reeds een waarschuwing laten uitgaan betreffende het overmatig gebruik van isoprenaline-aërosolen. Bij een acute astma-aanval moet men daarentegen niet aarzelen met de toediening van hydrocortison (elk kwartier 100 mg intraveneus of intramusculair, tot er verbetering intreedt; daarna prednisolon per os, dagelijks eerst 40-80 mg, maar in de loop van twee weken in dosering tot nul afnemend).