

of ernstige infecties doorgemaakt of andere complicaties gehad. Haar lengtegroei bleef gedurende de gehele behandelingsduur tussen de 50 en 75 percentiel terwijl ook haar skeletleeftijd met de kalenderleeftijd parallel bleef lopen. Haar urine is nu sinds 1½ jaar eiwitvrij en haar bloedbiochemie normaal. Zij wordt langzaam gespeend van de prednison, waarvan zij nu nog maar per 48 uur 10 mg inneemt. Angst voor groeiremming van het kind is dus geen reden om deze therapie niet toe te passen wanneer een juiste indicatie zich voordoet.

Gezien de betrekkelijke veiligheid van de „alternate-day” prednisontherapie zou ik willen eindigen met de volgende suggestie:

Het lijkt mij wel heel waarschijnlijk dat de vaatgezwollen, die door corticosteroidtherapie tot permanente regressie kunnen worden gebracht juist die gezwollen zijn, die mettertijd spontane regressie zouden hebben vertoond. Zou het dus niet beter zijn een kinderhemangioom, dat ernstig genoeg is om ingrijpen van welke aard ook te overwegen, eerst met corticosteroiden te behandelen?

Literatuur: ACKERMAN, G. L. en C. M. NOLAN (1968) Adrenocortical responsiveness after alternate-day corticosteroid therapy. *New Engl. J. Med.* **278**, 405. — BOWERS, R. E. en J. SIMPSON (1968) Personal communication. — DARGEON, H. W., A. C. ADIAO en G. T. PACK (1959) Hemangioma with thrombocytopenia *J. Pediat.* **54**, 285. — FOST, N. C. en N. B. ESTERLY (1968) Successful treatment of juvenile hemangiomas with prednisone. *J. Pediat.* **72**, 351. — HUFFSTADT, A. J. C. (1970) Huidhemangiomen bij kinderen. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 181. — KERREBIJN, K. F., J. P. M. DE KROON e.a. (1969) Corticosteroidbehandeling van kinderen met CARA. 3. Behandeling met prednison en lengtegroei. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 334. — MACGREGOR, R. R., J. N. SHEAGREN, M. B. LIPSETT en S. M. WOLFF (1969) Evaluation of alternate-day prednisone therapy. *New Engl. J. Med.* **280**, 1427. — REICHLING, G. H. en A. M. KLIIGMAN (1961) Alternate-day corticosteroid therapy. *Arch. Derm. Syph.* **833**, 134. — SADEGHI-NEJAD, A. en B. SENIOR (1969) The treatment of ulcerative colitis in children with alternate-day corticosteroids. *Pediatrics* **43**, 840. — SCHULLER, CATH. F. (1969) Enige observaties over de lengtegroei bij astmatische kinderen die dagelijks en (of) alternerend corticosteroiden gebruiken. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 2131. — SHIM, W. K. T. (1968) Hemangiomas of infancy complicated by thrombocytopenia. *Amer. J. Surg.* **116**, 896. — SOYKA, L. F. (1967) Treatment of the nephrotic syndrome in childhood. *Amer. J. Dis. Child.* **113**, 693. — SOYKA, L. F. en K. M. SAXENA (1965) Alternate-day steroid therapy for nephrotic children. *J. Amer. med. Ass.* **192**, 225. — TOULOUKIAN, R. J. (1970) Hepatic hemangioendothelioma: treatment with prednisone. *Pediatrics* **45**, 71. — Vraag en antwoord (1969) Langdurige behandeling met prednison en osteoporose. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 166. — VREEKEN, J., J. P. DE GEUS, V. CEJKA, L. A. DE VRIES en J. G. G. BORST (1969) De intermitterende orale therapie met prednison. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 545. — WADDINGTON, E. (1968) Advances in the treatment of diseases of the skin. Systemic corticosteroids in haemangiomas. *Practitioner* **201**, 587. — ZAREM, H. A. en M. A. EDGERTON (1967) Induced resolution of cavernous hemangiomas following prednisolone therapy. *Plast. reconstr. Surg.* **39**, 76.

Aruba, maart 1970

J. L. DE HEER

DROGENDIJKS PATERNALISME

DROGENDIJK (1970) komt in een tweede klinische les nog eens terug op het mishandelde kind. Eigenlijk komt zijn betoeg neer op twee thema's:

a. vrijheid van keuze tussen rechtsplicht (beroepsgeheim) en ethische plicht (door zelfstandig ingrijpen de belangen van het mishandelde kind gaan behartigen). In het redactionele commentaar (1970) wordt er terecht op gewezen dat de artikelen 272 WvS en 160 en 218 WvS, de arts nu eenmaal de aangiftevrijheid onthouden;

b. iure constituendo mogelijkheden overwegen hoe de Raad voor de kinderbescherming kan worden ingeschakeld (mogelijkheden, die er zonder beroepsgeheimschending van de zijde van de arts niet bestaan).

De principiële fout van het eerste thema brandmerkte ik in het opschrift boven dit ingezonden stuk: paternalisme. Ik acht in beginsel elk „artseningrijpen” (voor zover niet door de wet verplicht) uit den boze. Men vergeve mij mijn grondbeginsel: „de arts is een goede knecht, maar een slechte meester”. Dwingend optreden — buiten het kader van de wet — is in strijd met de dienende taak van de beoefenaren der geneeskunst. Zij behartigen de belangen van de mishandelde kinderen niet, maar dienen die alleen (door goede behandeling). Elke patiënt is vrij de adviezen en voorschriften van zijn behandelende arts op te volgen of simpel in de wind te slaan. DROGENDIJKS neiging tot paternalisme, tot dwingend ingrijpen, is heel eenvoudig in strijd met de menselijke vrijheid.

Menselijke vrijheid omvatten zelfmoordvrijheid, voortplantingsvrijheid, binnenkort ook volledige aborteervrijheid, zeker sterilisatievrijheid, kunstmatige inseminatie- en kunstige bevruchtingsvrijheid en nog wel enige vrijheden meer, die ik in mijn „jurisprudentia medica” duidelijk hoop te etaleren, o.a. seksuele vrijheid, pornografievrijheid. Heus, DROGENDIJK, de tijd van het „paternalisme” is voorbij. Het wetboek van strafrecht zal van heel wat paternalistische bepalingen moeten worden „gekuist”, wil het „up to date” zijn.

De principiële fout van het tweede thema is de onevenredigheid en onevenwichtigheid van de overwogen maatregelen in het licht van de huidige mensheidsproblematiek. Natuurlijk heb ik deernis met die „kindermishandelings-slachtoffers” (tien duizenden), maar ook voor de „verkeersslachtoffers” (honderdduizenden), enz.; ik zal over de ontelbare geestelijk en lichamelijk door hun echtgenoten mishandelde vrouwen niet beginnen en zeker niet over Midden-Oosten, Vietnam, Cambodja, of over Peru, Roemenië en dergelijke landen, waar natuurrampen de bevolkingen decimeren. Over de honger bij grote groepen in ontwikkelde en onderontwikkelde landen. Over de enorme omvang van leed en lijden over de gehele wereld. Daaraan kan alleen een paar atoombommen een einde maken. Wil men de Andes veilig maken, dan moet men die heel simpel ontruimen. Wil men het verkeer in ons land veilig maken, dan zal voor miljarden het wegennet moeten vernieuwd worden. En zo kan ik doorgaan. Leven is risico lopen: „vivere pericolosamente”.

Natuurlijk voel ik wel iets voor de kleine hulpmiddelen, die DROGENDIJK de revue laat passeren, om dit naar verhouding „kleine” kindermishandelingsprobleempje wat minder schreindend te maken voor overgevoelige artsenzielen met paternalistische neigingen.

Veel dringender en dwingender is de problematiek van de sociale „beveiliging” (de volkomen verouderde uitdrukking sociale zekerheid heb ik al lang uit mijn vocabulair ge-

schrap). Veel dringender en dwingender is de problematiek van de bescherming van de „ludieke” mens tegen zijn met tempoverhoging en spanningverhoging gepaard gaande verkorting van de arbeidstijd: snel stijgt de hartinfarctfrequentie. En snel stijgt met de daling van het kindertal per gezin en de „geriatrie begeleiding” de wanverhouding tussen werkenden en niet meer werkenden. Dat zijn urgente problemen van „maatschappelijke gezondheidszorg”, waarbij het kindermishandelingprobleem volkomen onbelangrijk schijnt voor wie de grote lijnen van de mensheidsontwikkeling tracht te volgen. Een moeilijke, moeizame, wellicht wanhopige taak, maar die ik toch gaarne in de aandacht van de hoogleraren in de „sociale geneeskunde” zou aanbevelen. Bij confrontatie met de jeugd zullen zij tot hun ontstelling, zo niet ontzetting merken, dat die meer interesse voor euthanasie dan voor „eubiologie” heeft of begint te krijgen. Ik althans kan hun dat niet euvel duiden. Het grote probleem of evolutie of in het algemeen „mensheidsontwikkeling” langs natuurlijke lijnen het hoogtepunt niet voorbij is, ware vooral in de maatschappelijke gezondheidsleer centraler te stellen.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 949. — Commentaar (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 971.

Knegsel, juni 1970

Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN

De hyperindividualistische visie op medische vraagstukken van collega SCHUURMANS STEKHOVEN verschilt zo hemelsbreed van de mijne, dat het weinig zin heeft op zijn betoog — dat overigens hier en daar niet te volgen is — in te gaan. Daarom slechts twee korte opmerkingen.

Vrijheid is inderdaad een schone zaak, maar de ware vrijheid is altijd gebonden vrijheid, want anders belanden wij in een chaos. Goede medische behandeling is inherent aan preventie. Wil men dit laatste niet, dan is er m.i. van een goede behandeling geen sprake meer.

In dit verband zou ik collega SCHUURMANS STEKHOVEN willen wijzen op het uitstekende artikel over kindermishandeling van de jurist Mr. J. E. DOEK (1970) in een recent nummer van het *Nederlands Juristenblad*. Daar staat op bl. 644 o.m. te lezen: „Verder dient in het belang van het kind de bestrijding van kindermishandeling juist gericht te zijn op het voorkomen van herhaling. De centrale positie van de arts belast hem met een grote verantwoordelijkheid, waaraan hij zich mijns inziens niet mag onttrekken.” Inderdaad, zo is het en niet anders.

Literatuur: DOEK, J. E. (1970) *Ned. Juristenblad* **45**, 598 en 639.

Amsterdam, 22 juni 1970

A. C. DROGENDIJK Sr.

BEROEPSGEHEIM. HET MISHANDELDE KIND

Prof. DROGENDIJK (1970) noemt kindermishandeling terecht een typisch psychosociaal wangedrag. Zou het dan niet meer voor de hand liggen, de huisarts te adviseren te overleggen met een sociaal-psychiater dan met een speciaal aan te stellen vertrouwensman of „justitie-arts”? Misschien blijken er in het speciale geval heel andere behandelingsmogelijkheden voor de gezinspathologie aanwezig dan een onder-toezicht-stelling of uit-huis-plaatsing van het kind. Bij de sociaal-psychiatrische diensten heeft men meestal wel enige ervaring met deze materie.

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 949.

Groningen, 9 juni 1970

J. B. GORTEMULDER

Gaarne wil ik collega GORTEMULDER van antwoord dienen op zijn ingezonden stuk. In de in mijn klinische les onder 5 genoemde suggestie heb ik voorgesteld de arts, alvorens hem de gang naar een buiten de gezondheidssector gelegen instantie te laten maken, de vrijheid te geven eerst advies in te winnen bij een door de Afdelingsraad voor dergelijke aangelegenheden aangewezen collega. Deze persoon zou een vertrouwensman kunnen zijn, eventueel een „justitie-arts”, maar ook iemand anders, bijvoorbeeld een psychiater, hetzij een kinderpsychiater, hetzij een sociaal-psychiater. Overigens hebben ook KUIPERS en VAN CREVELD (1964) en zeer recentelijk PIETERSE (1970) op deze laatste mogelijkheid gewezen. Met collega PIETERSE ben ik voorts van mening, dat een multidisciplinaire hulp voor kind en gezin noodzakelijk is. Daarom lijkt het mij beter geheel open te laten wie in deze de behandelend arts van advies zal dienen en derhalve de te vragen consulent niet te beperken tot uitsluitend een sociaal psychiater.

Literatuur: KUIPERS, F. en S. VAN CREVELD (1964) *Ned. T. Geneesk.* **108**, 2399. — PIETERSE, J. J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1000.

Amsterdam, 22 juni 1970

A. C. DROGENDIJK Sr.

BERICHTEN

BUITENLAND

Frankrijk

Nomenclatuurcommissie. — De minister van gezondheid BOULIN heeft een commissie in het leven geroepen die eens per jaar een lijst gaat publiceren van aanvaarde medische termen, diagnoses en namen van geneesmiddelen. In de commissie hebben zitting vertegenwoordigers van het directoraat Openbare Gezondheidszorg, de Geneeskundige Raad, het Agentschap van Sociale Zekerheid en de Gezondheidsverzekering-Organisatie. (*J. Amer. med. Ass.*, 1 juni bl. 1533.)

Groot-Brittannië

Doeltreffende verpleging. — Een memorandum van het ministerie van gezondheid en sociale zekerheid, onder de titel *Action to Improve the Nursing Situation*, bevat een brief van (de toenmalige minister) RICHARD CROSSMAN waarin bij alle ziekenhuisbesturen wordt aangedrongen op maatregelen om een doeltreffend gebruik te maken van de verpleegcapaciteiten van het personeel, ten einde het tekort aan verplegenden op te vangen. „Nurses should only be used for nursing” en niet om te steriliseren, boodschappen te doen, administratie bij te houden. Een logische verdeling van bedden over de beschikbare verpleegsters is wenselijk. Zij moeten worden betrokken bij alle beslissingen betreffende het ziekenhuisbeleid. Hun woon- en werkomstandigheden moeten onder de loep worden genomen, waarbij o.a. gedacht wordt aan het transport tussen woning en ziekenhuis. Ervaren verpleegsters moeten regelmatig „refresher courses” volgen. Onervaren verpleegsters mogen niet met bovenmatige verantwoordelijkheid worden bezwaard. (*Lancet*, 20 juni bl. 1349.)

Commissie kankeronderzoek. — De benoeming van een commissie die het kankeronderzoek in Groot-Brittannië moet coördineren, is — hoewel te vele jaren te laat komt — een van de meest hoopgevende tekenen van vooruitgang, aldus *Nature* (20 juni bl. 1078). Het tijdsverloop tussen het besluit van de Medical Research Council om een dergelijke commissie in te stellen en de werkelijke aanwijzing ervan deed de vrees rijzen dat de commissie een onbetekenende rol zou spelen. Maar nu haar leden zijn benoemd, lijkt het erop dat ze een stevige en nuttige leiding zal kunnen geven op