

en Noord-Afrika lijden dikwijls aan diarree; de oorzaken hiervan zijn vele (amoebiasis, giardiasis, salmonellose, shigellose, „reizigersdiarree”). Een goede gedragslijn in dergelijke gevallen is, de ontlasting bacteriologisch te laten onderzoeken, niet alleen op salmonella's en shigella's doch eveneens op cholera-vibrionen. Daarnaast zal men natuurlijk ook een onderzoek op parasieten (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*) verrichten.

Nog een enkele opmerking over de profylaxe. Reizigers naar een gebied waar cholera voorkomt, moeten tegen cholera zijn gevaccineerd. In het schrijven van de Geneeskundige Hoofdinspectie van 3 september 1970 wordt hierop uitvoerig ingegaan.

Men moet deze gebieden maar ruim nemen, dus Zuidoost-Azië, India, Pakistan, Afghanistan, het Midden-Oosten, Noord-Afrika, West-Afrika. Men moet echter goed bedenken, dat het vaccin slechts een relatieve bescherming biedt en dan nog slechts voor korte tijd, ten hoogste zes maanden. Ook de gevaccineerde moet zich in een cholergebied tegen besmetting beschermen door alleen betrouwbaar drinkwater (thee!) te gebruiken en geen ongekookte groenten, sla, ijs of ongeschilde vruchten te eten. Deze maatregelen beschermen hem trouwens ook tegen vele andere infecties.

Amsterdam, oktober 1970

P. J. ZUIDEMA

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

FELLOWSHIPS NEUROBIOLOGIE

Ondergetekenden, leden van de Nederlandse IBRO-Commissie, ingesteld door de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, maken bekend, dat het Departement van Onderwijs en Wetenschappen jaarlijks een bedrag beschikbaar stelt waaruit een beperkt aantal fellowships in de neurobiologie kunnen worden bekostigd. Deze vallen binnen het kader van een beurzenprogramma van de International Brain Research Organization (IBRO), mede op grond van bestaande overeenkomsten tussen Nederland en de UNESCO.

Deze fellowships staan ter beschikking van: *a.* Nederlandse beoefenaars van alle wetenschappen die betrekking hebben op het zenuwstelsel, teneinde zich verder zuiver-wetenschappelijk in het buitenland te bekwamen en daar ervaring op te doen. *b.* Buitenlanders, die over een neurobiologisch onderwerp in de ruimste zin in Nederland onderzoekingen wensen te verrichten. De beurs omvat een maandtoelage van f 700,—; een boekentoeelage van maximaal f 250,— per jaar.

Nederlanders die in aanmerking wensen te komen voor de toekenning van een fellowship worden verzocht zich vóór 1 april 1971 schriftelijk te wenden tot de tweede ondergetekende. Buitenlanders dienen zich vóór 1 maart 1971 te wenden tot de directeur van de Division of Training Abroad, UNESCO, Place de Fontenoy, Parijs (7e). Indiening van een curriculum vitae en een uitvoerig en goed gedocumenteerd werkprogramma is noodzakelijk, evenals mededeling van de naam en het adres van het laboratorium of instituut waar men zou willen werken.

In principe worden fellowships bij voorkeur verleend voor een periode beginnend in september en lopend tot september van het volgende jaar. Als uitzondering kunnen aanvragen voor kortere tijd dan een normale universitaire jaar-cursus tussentijds worden ingediend.

Amsterdam, 7 oktober 1970

Prof. Dr. W. J. C. VERHAART

(voorzitter)

Prof. Dr. J. ARIËNS KAPPERS

(secretaris, IJdijk 28, Amsterdam)

Prof. Dr. G. P. BAERENDS

Prof. Dr. J. DROOGLEEVER FORTUYN

Prof. Dr. P. J. GAILLARD

Prof. Dr. H. J. LAMMERS

Prof. Dr. D. DE WIED

INGEZONDEN

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

EENHEDEN IN DE KLINISCHE CHEMIE

Door een misverstand tussen de redactie van het Tijdschrift en ons, zijn in het nummer van 26 september jl. achter bl. 1644 niet de tabellen uit het artikel van Dr. WILLEBRANDS (1970) nog eens als uitscheurbare bron van informatie voor de lezers van het Tijdschrift afgedrukt, maar een eenvoudiger tabel, die in gebruik is in de Kliniek voor Inwendige Ziekten van het St. Radboud Ziekenhuis. Hoewel deze lijst voor intern gebruik voldoet is ze de redactie slechts als een voorbeeld toegezonden. Het was niet de bedoeling — en dat blijkt uit de tekst van het commentaar (MAJOOR 1970) — ze in deze vorm te publiceren. Zou dat zijn overwogen dan zou ten minste de enigszins triviale uitdrukking „normale waarden” zijn vervangen door een omschrijving als „te verwachten spreiding van uitkomsten bij gezonde volwassenen met de in dit laboratorium op dit moment gebruikte bepalingsmethoden”. Met deze toelichting, die onderstreept dat de gegeven spreiding slechts een beperkte betekenis heeft, is de korte lijst, naast de uitvoerige opgave van WILLEBRANDS, voor een aantal van de lezers van dit Tijdschrift misschien toch bruikbaar.

Literatuur: MAJOOR, C. L. H. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1626. — WILLEBRANDS, A. F. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1615.

Nijmegen, september 1970

C. L. H. MAJOOR
A. P. JANSSEN

GALSTEENLIJDEN

De strekking van het commentaar van Prof. KUIJER (1970) en het artikel van OLTUIS e.a. (1970) betreffende de indicatie tot cholecystectomie bij galsteenlijden onderschrijven wij gaarne. Ook onzes inziens moet de cholelithiasis altijd operatief behandeld worden, tenzij er contra-indicaties bestaan. Te vaak nog wordt ook de internist geconfronteerd met de ernstige complicaties van het galsteenlijden, zoals acute cholecystitis, pancreatitis, galblaascarcinoom, obstructie-icterus, perforatie, om een niet-chirurgische therapie te kunnen voorstaan. Een conservatieve therapie (gezien de geladenheid van het woord conservatief bij het tegenwoordige

taalgebruik spreken wij liever van internistische therapie) bestaat dan ook nauwelijks.

Een bezwaar menen wij echter aan te moeten voeren tegen de gebezigde terminologie. Zeker bestaan er stille of asymptomatische galstenen. Deze kunnen echter pas bij obductie worden vastgesteld. Immers, galstenen manifesteren zich röntgenologisch uitermate zelden op een buikoverzichtsfoto. Vrijwel altijd is voor het aantonen van galstenen het gebruik van een oraal of intraveneus toegediend contrastmiddel noodzakelijk. Aangezien men nooit „toevallig” een galblaasfoto aanvraagt maar dit steeds zal (dienen te) doen met een bepaalde vraagstelling, worden galstenen ook nooit „toevallig” gevonden.

Men behoort dus geen galsteendragers te kennen. Alleen galsteenlijders. Het gebruik van het woord galsteendrager impliceert, dat de arts een foto volstrekt onnodig aanvroeg, dan wel de klachten van de patiënt onjuist interpreteerde, of de enig mogelijke therapie niet toepaste.

Als op de juiste wijze de diagnose cholelithiasis gesteld is, is de patiënt dus altijd een galsteenlijder. De cholecystectomie is dan ook nooit profylactisch, maar altijd therapeutisch.

Het gebruik van het woord galsteendrager evenals van de term profylactische cholecystectomie zouden wij dus gaarne geheel verlaten willen zien.

Literatuur: KUIJER, P. J. (1970) De indicatie tot cholecystectomie bij galstenen. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1536. — OLTHUIS, G., N. M. OOSTERWIJK en C. AVEZAAT (1970) De indicatie tot vroegtijdige cholecystectomie bij galstenen. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1522.

Dordrecht, september 1970

B. P. HAZENBERG
Sj. HIDDEMA
C. VERDOORN

Ik ben het met de stelling eens dat men eigenlijk geen galsteendragers zou behoren te kennen. Toch komt het voor dat asymptomatische kalkhoudende galstenen toevallig op een buikoverzichtsfoto, die om een geheel andere reden wordt gemaakt, worden gezien. Zelden zal men dus een galsteendrager kennen. Vaker zal de arts, die veel obducties heeft bijgewoond, kunnen zeggen: ik heb een galsteendrager gekend.

Groningen, september 1970

P. J. KUIJER

BERICHTEN

BUITENLAND

Wereldberichten

Veranderend mortaliteitspatroon. — Statistieken van de Wereldgezondheidsorganisatie betreffende de sterfte aan arteriosclerotische en degeneratieve hartziekten tonen een verandering in het mortaliteitspatroon wat de leeftijdsgroep van 45-54 jaar betreft in het tijdvak 1955-1967. In de meeste landen is de sterfte aan deze hartziekten toegenomen, maar in sommige is ze afgenomen: in Japan met 27 pct, in Zwitserland met 3 pct. De grootste toeneming van het sterftcijfer vond plaats in Nederland (met 53 pct). Daarop volgen Finland (41 pct), Frankrijk (38 pct), Tsjechoslowakije (37 pct), Hongarije (29 pct), Groot-Brittannië (29 pct), Australië (28 pct), Zweden (15 pct), West-Duitsland (14 pct), Italië (13 pct), Canada (9 pct), Venezuela (5 pct). In de Verenigde Staten veranderde het cijfer vrijwel niet. Japan is het enige land waar het cijfer niet alleen bij vrouwen daalde,

maar ook bij mannen. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 aug. bl. 1350.)

Europa

De vergiftigde Rijn. — Volgens een mededeling in *World Health* (okt. bl. 30) worden er via de Rijn per maand ongeveer 8.000 kg kwik, 90.000 kg arsenicum en 900 kg insecticide in de Noordzee uitgestort. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een tien-jarenprogramma opgesteld ter beperking van de verontreiniging, niet alleen van de hier genoemde, maar ook die van water en lucht, terwijl maatregelen zullen worden genomen tegen de ophopingen van weggeworpen vaste stoffen, tegen lawaai en tegen straling.

Groot-Brittannië

Vroeg ontslag na bevalling. — Op het zesde Wereldcongres voor Gynaecologie en Obstetrie te New York heeft Dr. E. E. RAWLINGS de obstetrische unit beschreven die sinds 1967 in het Hope Hospital te Salford (Engeland) functioneert. Er worden vrouwen ter bevalling opgenomen en na enkele uren weer mét hun pasgeboren kind naar huis ontslagen. Men neemt er alleen vrouwen op bij wie geen moeilijkheden te verwachten zijn. Toch moesten in de genoemde periode 62 van de vrouwen wegens complicaties naar de „special care unit” van het ziekenhuis worden overgebracht. In de beschreven periode zijn in de nieuwe afdeling 1.187 kinderen geboren (5 doodgeboren, 7 neonatale doden). De kamers in de nieuwe afdeling zien er huiselijk uit; de gemiddelde duur van verblijf in de „early-discharge unit” bedroeg slechts 10½ uur. De kinderen hebben van het vroeger ontslag geen nadelige gevolgen ondervonden. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 aug. bl. 1259.)

De toekomst van de algemene praktijk. — Vele Engelse artsen voelen zich onbehaaglijk wegens het in het laatste rapport van de BMA Planning Unit voorkomende voorstel, voortaan niet meer van „general practice” te spreken, maar van „primary medical care”. De meeste artsen vinden dat de term „general practice” is ingeburgerd en dat de voorgestelde nieuwe naam geen goed zal doen aan de status van de gezinsarts, de enige algemeen-practicus met wie in eerste instantie door een zieke contact wordt gelegd. De moeilijkheid is, dat men bij het plannen maken voor de toekomst rekening moet houden met de structuur van de maatschappij, met de veranderende sociale omstandigheden en de bevolkingsaanwas. De problemen van gezinsgeneeskunde, ziekenhuisbehandeling en openbare gezondheidszorg zijn niet afzonderlijk op te lossen. (*Brit. med. J.*, 3 okt. bl. 5.)

India

Beheersing van geneesmiddelenprijzen. — De Indiase farmaceutische industrie is in verwarring gebracht door de kort geleden uitgevaardigde „Drug Price Control Order”. Deze wet schrijft een aanmerkelijke prijsverlaging voor van „essential drugs”, waaronder begrepen zijn antibiotica, insuline en enkele vitamines. Het onmiddellijke gevolg is geweest een schaarste aan „essentiële” geneesmiddelen, gepaard aan een prijsverhoging voor „niet-essentiële” (bv. Codopyrin en Saridon), die aanvullende wetsbepalingen noodzakelijk maakte. De wet is bij de bevolking dankbaar ontvangen; het was bekend dat de farmaceutische industrie, althans in sommige gevallen, zeer hoge winsten heeft gemaakt. Desondanks rijst er enige ongerustheid, dat de onmiddellijke voordelen van de wet zullen worden tenietgedaan door toekomstige nadelen, en dat in het bijzonder nieuw ontwikkelde geneesmiddelen niet terstond in India verkrijgbaar zullen zijn. (*Lancet*, 3 okt. bl. 715.)