

alone, amid the ruined remnants of Edenic characters, remain in all its primitive intensity."

Utrecht, april 1971

F. L. MEIJLER

De prikkelvragen aan het einde van uw klinische les (MEIJLER 1971) vragen om een weerwoord.

Laat mij vooropstellen dat ik bewondering heb voor de categorische uitspraak waartoe U kwam, ook al werd deze min of meer van U verlangd in de opdracht die de verzekeringsmaatschappij U gaf. Ik moet bekennen dat ik toch niet zo zeker in mijn schoenen had gestaan en derhalve uw positie niet heb benijd.

Voor mij zijn er toch nog enige vraagtekens.

Allereerst de aard van het trauma:

Ik kan men voorstellen dat een stomp trauma op de thorax door bv. de stuurkolom waarvan het stuurwiel is afgebroken, aanleiding kan geven tot hematoomvorming en eventueel necrose in het myocard, doch ik kan niet geloven dat een mensenlichaam, dat n.b. eerst nog door de voorruit geperst is moeten worden, zo'n kracht op de borstwand kan uitoefenen, dat daarbij verwonding van hartspierweefsel plaatsvindt, een hartspier die immers min of meer mobiel tegen de borstwand aan ligt en bovendien nog beschermd is door een pericard en pericardiaal vetweefsel.

Er is tussen het ontstaan van de infarctverschijnselen en het directe trauma een klachtenvrij interval.

Voorts meldt U dat er op het ECG niet alleen een beschadiging van de apex cordis was te zien, doch ook een achterwandinfarct. Hierop wordt niet verder ingegaan. Mijn vraag is: waar komt dit vandaan?

Ik ben er dus niet a priori van overtuigd dat het beschreven infarct een direct gevolg is van het trauma, ten hoogste een indirect gevolg. Ik acht het zeer goed mogelijk dat de schrik, de psychische schok, zo'n alarmreactie in het lichaam heeft teweeggebracht, dat daarvan het infarct een gevolg was. Voor de maatschappij in kwestie is dit in financieel opzicht slechts van academisch belang.

Ik dacht dat uw stelling bewezen zou kunnen worden, wanneer bij coronairangiografie een prachtig vaatnet zichtbaar zou worden, doch ik zou mijn directie niet durven adviseren voor verzekeringsdoeleinden een dergelijke ingreep te verlangen.

Hiermee zijn uw eerste 3 vragen beantwoord.

Meer moeite heb ik met uw laatste 3 vragen.

Het is U natuurlijk bekend dat ca. 70% der infarct-patiënten geruisloos revalideren. Bij deze revalidatie zijn ook andere factoren betrokken dan alleen zuiver somatische. Als wij ervan uitgaan dat het infarct is ontstaan ten gevolge van een trauma bij een man met een prachtig stel coronairen, die een goede regeneratie van gekwetst hartspierweefsel mogelijk maken, dan vind ik een blijvende claim op de verzekeringsmaatschappij niet redelijk. Immers, dan zijn alle voorwaarden aanwezig tot volledig herstel. Iets anders is het wanneer deze vaten al eerder sclerotisch zouden zijn geweest (zie in dit verband het nog steeds onopgehelderde achter(onder)-wand infarct). Dan is de maatschappij wel aansprakelijk, doch wellicht niet voor de volle 100%. Er bestonden dan immers al afwijkingen vóór het ongeval.

Mutatis mutandis geldt dit ook voor vraag 5 en 6: goede coronairen beïnvloeden de prognose van de patiënt gunstig en goede coronairvaten behoeven geen anti-stollingstherapie.

Kortom: alles draait toch om een coronairangiografie, maar ik zou het niet durven vragen.

*Literatuur:* MEIJLER, F. L. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 405.

16 maart 1971

H. R. VAN SWOL

Ik heb mij inderdaad aan de diagnose trauma cordis gewaagd omdat een myocardinfarct door schrik zelden voorkomt en dan voor zover mij bekend alleen bij oude mensen met een ernstig preëxistent coronarialijden. De aard van het trauma, respectievelijk de ernst ervan is niet te achterhalen.

Het klachtenvrije interval is mogelijk slechts schijn; bovendien zijn we niet geïnformeerd over de wijze waarop en hoe snel „het infarct” zich is gaan vormen. Het trauma kan behalve het myocard ook een coronairarterie (stomp) hebben gelaedeerd. Ook het bloedbraken wijst mogelijk op een (oesophagus?) laesie. De diagnose achterwandinfarct is van de behandelende internist. Juist de combinatie van voor- en achterwandlaesie voert tot de ECG-diagnose apico-septaal infarct. Inderdaad zou een coronairangiogram ons hier wellicht verder hebben gebracht, maar een dergelijk onderzoek voor expertise-doeleinden, eigenlijk uitsluitend in het belang van de verzekeringsmaatschappij, leek mij hier niet gerechtvaardigd.

Van een volledig herstel, zelfs bij normale coronairarteriën, kan niet gesproken worden, aangezien hartspierweefsel verloren is gegaan en vrij zeker vervangen is door bindweefsel. De functionele reserve van dit hart is, althans op theoretische gronden verminderd.

Uitgaande van het idee dat we hier met een trauma cordis hadden te maken is (voortgezette) antistolling hier niet geïndiceerd.

Utrecht, april 1971

F. L. MEIJLER

Aan het eind van zijn klinische les stelt Prof. F. L. MEIJLER (1971) een zestal vragen. Vooral vraag 4 „Vindt U het redelijk dat betrokkene zijn vroegere werk niet meer heeft opgevat en een claim op de verzekeringsmaatschappij blijft behouden?” en vraag 6 „Wat is de prognose van deze patiënt?” zijn m.i. vragen die niet alleen betrekking hebben op de cardiologische status van de besproken patiënt, doch eveneens op zijn hele persoonlijkheidsstructuur. Ik begrijp zeer wel dat de bedoeling van de klinische les geweest is te laten zien dat er ook nog andere factoren dan een coronaire insufficiëntie verantwoordelijk kunnen zijn voor een hartinfarct. Doch vraag 4 en 6 gaan in feite over de revalidatie van de hartpatiënt, en niet alleen de lichamelijke revalidatie, doch ook de psychische. De claim die betrokkene op de verzekeringsmaatschappij blijft behouden heeft m.i. niets te maken met het hartinfarct, doch is in feite het gevolg van een traumatische neurose, die men vaker na hartinfarcten ziet en die alleszins verklaarbaar is gezien het psychotrauma dat het hartinfarct voor de patiënt betekent. Er is bij de door Prof. MEIJLER besproken patiënt niet zozeer sprake van de prognose van het hartinfarct, doch van de prognose van de traumatische neurose. Wanneer aan het psychisch aspect bij de behandeling van de hartpatiënt meer aandacht besteed zou worden, o.a. door in revalidatieteams ook de psychosomatisch geïnteresseerde psychiater op te nemen, dan geloof ik dat de prognose van vele „hartinfarcten” qua werksituatie en levensvreugde voor de patiënt aanzienlijk gunstiger zou kunnen zijn dan momenteel vaak het geval is.

*Literatuur:* MEIJLER, F. L. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 405.

De Bilt, 29 maart 1971

W. P. J. VIËTOR

Terecht wijst collega VIËTOR op de psychische aspecten van de behandeling van het hartinfarct. Ik mag er op wijzen dat ik in mijn klinische les duidelijk blijf heb gegeven van mijn twijfel ten aanzien van het organische verband tussen

de klachten van betrokkene en het ongeval. Ik heb zelfs het woord „psychisch trauma” gebruikt. De uitspraak van collega VIËTOR: „De claim die betrokkene op de verzekeringsmaatschappij blijft behouden heeft mijns inziens niets te maken met het hartinfarct, doch is in feite het gevolg van een traumatische neurose . . .” komt mij te ongenueanceerd voor. Er is m.i. goede reden om zowel aan de organische als aan de psychische gevolgen van een dergelijke calamiteit alle aandacht te schenken. Voorts meen ik er op te mogen wijzen dat de formulering van vraag 6 „Wat is de prognose van deze patiënt?” door mij bewust werd gekozen. Deze formulering behelst zowel de prognose van de betrokkene in cardiale zin als eventueel psychische of neurotische gevolgen van het ongeval. Wellicht ten overvloede meen ik er op te moeten wijzen dat de cardioloog geen hartinfarcten behandelt, maar patiënten met een hartinfarct. De onlangs geopende cardio-revalidatie-afdeling van het Algemeen ziekenhuis „Zonnestraat” te Hilversum heeft weliswaar nog geen psychiater, maar wel een klinisch psycholoog in het behandelingssteam.

Wij hopen onze patiënten met een hartinfarct ook in sociaal-maatschappelijk en psychisch opzicht zo goed mogelijk te revalideren. De zeer waardevolle suggestie van collega VIËTOR, een psychosomatisch geïnteresseerde psychiater in ons revalidatieteam op te nemen, zullen wij gaarne in overweging nemen.

Utrecht, april 1971

F. L. MEIJLER

## BERICHTEN BUITENLAND

### Frankrijk

**LADAME-project.** — In het kerncentrum La Hauge in het district Manche is kort geleden een laboratorium opgericht voor onderzoek van metabole anomalieën bij kinderen. Het centrum, dat werkzaam is op genetisch gebied, staat bekend onder de naam LADAME. Het is tot stand gekomen door samenwerking van het Debrousse Hospitaal te Lyons en de Franse commissie voor atoomenergie. Het is uitgerust met de nieuwste elektronische apparaten voor onderzoek op het gebied van moleculaire biologie; er kunnen per jaar 50.000 chromosoom-analyses en andere genetische onderzoeken worden uitgevoerd. Het centrum zal zijn diensten verlenen aan vele pediatrie en verloskundige afdelingen in West-Frankrijk, in het bijzonder van die in Normandië, Bretagne en het Loire-dal. (*J. Amer. med. Ass.*, 5 april bl. 155.)

### Groot-Brittannië

**„You”.** — De British Medical Association is begonnen aan de uitgave van een nieuw populair tijdschrift, *You*, dat eens per maand zal verschijnen. Editor is Dr. TREVOR BOSTON, die ook editor was van de *Family Doctor*-publicaties. Voor de uitgave van *You* wordt samengewerkt met de TPL Magazines, een tot de Thomson Publications behorende vennootschap. Een commissie, bestaande uit even veel vertegenwoordigers van de British Medical Association als van Thomson, zal het bestuur vormen voor het nieuwe tijdschrift. (*Brit. med. J.*, 24 april bl. 186.)

**Better medical writing.** — Een onder deze titel verschenen boekje van 96 bladzijden, geschreven door CHARLES THORNE en verschenen bij Pittman (1970; prijs 88p.) krijgt een dusdanig lovende kritiek in het *British Medical Journal* (24 april bl. 228) dat het nuttig lijkt, de aandacht erop te vestigen. De recensent eindigt zijn lof met een vriendelijke aanmoediging: „If all young doctors read this book and follow his (Dr. THORNE's) advice, the editors of medical journals will

find life far more difficult; there will be fewer papers that can be discarded at a glance.”

**Prostaglandines en huid-ontsteking.** — Een voorlopige mededeling van GRAVES, SONDERGAARD en McDONALD-GIBSON (*Brit. med. J.*, 1 mei bl. 258) betreft de vondst van prostaglandines in ontstoken huidweefsel. De auteurs hebben zowel normale huid als ontstoken eczemateuze huid (door allergisch contact-eczeem) in vivo doorstroomd, en vonden in de spoelvloeistof van de ontstoken huid bij 34 van de 45 patiënten prostaglandines E en F, terwijl deze niet voorkwamen in de spoelvloeistof van normale huid. Zij zien in deze bevinding een steun voor de opvatting dat prostaglandines bij de mens een pathogenetische betekenis hebben bij het ontstekingsproces.

### Verenigde Staten

**Van buiten geïmporteerde ziekten.** — Het *Morbidity and Mortality Weekly Report*, gepubliceerd door het Centrum voor ziekte-controle van de Public Health Service in de Verenigde Staten, vermeldt dat gedurende het jaar 1970 in totaal 88 gevallen van geïmporteerde ziekte zijn geregistreerd. Er zijn 8 verschillende ziekten bij geweest. Vijftien personen hadden malaria opgedaan hetzij in Vietnam of Afrika, dan wel bij een transfusie met bloed dat malaria-parasieten bevatte. Twee personen hadden trypanosomiasis, de Afrikaanse slaapziekte; beiden hadden grote reizen gemaakt in Kenya en Rwanda. Een immigrant uit Haiti bleek aan filariasis te lijden. Een immigrant uit Griekenland had kala-azar. Onchocerciasis werd ontdekt bij een jonge student uit Ghana, thans studierend in de Verenigde Staten. Drieëntwintig personen hadden bij reizen in de Sovjetrepublieken giardiasis opgedaan; zij werden na terugkomst in de Verenigde Staten ziek, met verschijnselen als bij amoebendysenterie. Shigella-dysenterie kwam voor bij drie Amerikaanse toeristen, twee terugkomend uit Centraal-Amerika, een uit Japan. Het mysterieuze Lassa-virus (zie vorige jaargang bl. 857) eiste het leven van een laborant die geïnfecteerd was door een uit Nigeria overgebrachte laboratoriumstam van het virus. — De import van ziekten is een ernstig internationaal probleem geworden; preventie is mogelijk indien de infectie tijdig wordt herkend en de autoriteiten van de Openbare Gezondheidszorg snel genoeg in de weer zijn om verspreiding van de ziekte te voorkomen. (*J. Amer. med. Ass.*, 5 april bl. 155.)

M. M. HILFMAN

## BINNENLAND

**Wijzigingen in arbeids- en veiligheidswetgeving.** — Binnenkort worden in het Staatsblad drie wetten afgekondigd die de arbeids- en veiligheidswetgeving op een aantal niet onbelangrijke punten wijzigen.

Bij de eerste wijzigingswet komt het er in hoofdzaak op neer dat in de Arbeidswet 1919 een basis wordt gelegd om de bestaande werk- en rusttijdenregeling voor ziekenhuispersoneel ook van toepassing te doen zijn voor het personeel, werkzaam in verzorgingsinrichtingen zoals rusthuizen.

De tweede wet wijzigt de Veiligheidswet 1934 en de Studadoorswet op verscheidene punten.

De voornaamste wijzigingen van de Veiligheidswet omvatten: een nieuwe redactie van de regeling betreffende bedrijfsgeneeskundige diensten. Daarbij is tevens de mogelijkheid geopend om de verplichting tot instandhouding van zo'n dienst uit te breiden over andere sectoren van het bedrijfsleven dan de industriële sector tot welke dit tot dusver beperkt was; een nieuwe regeling voor het geneeskundig onderzoek van werknemers ter vervanging en modernisering