

het betoog van de auteur met de riskante eenzijdigheid als de socioloog AAKSTER tot conclusies komt: we worden minstens evenzeer geconfronteerd met eisen en beperkte mogelijkheden *in onszelf*, die we soms wel en soms niet kunnen veranderen, maar we zijn dikwijls erg geneigd die eisen en beperkingen op onze sociale omgeving te projecteren. Dat is minder frustrerend, reden waarom we er vaak nogal wat bevrediging in vinden „de maatschappij”, dit als zo sterk pathogeen geëtiketteerde sociale milieu, voortdurend te kritiseren en met geweld te willen veranderen, meer althans dan de grond van de „pathos” (in de zin van lijden, ziekte én van emotie) in onszelf te zoeken.

Rotterdam, april 1974

G. A. LADEE

Hebt u de patiënt wel in de nek gezien?

In de boeiende klinische les van Prof. JONGKEES (1974) mis ik als therapeuticum de manuele therapie, niet te verwarren met de osteopathie of de chiropraxis. De manuele therapie, zoals die in Nederland is ontwikkeld en wordt gedoceerd op de School voor Manuele Therapie te Utrecht, is een nieuwe en volkomen ongevaarlijke methode ter bestrijding van aandoeningen van het bewegingsapparaat. De grondlegger, G. VAN DER BIJL, fysiotherapeut, stelt de diagnose van de aandoening van het bewegingsapparaat op grond van objectief vast te stellen factoren die individueel gebonden zijn. Daardoor wordt op een exacte wijze de beperking van het bewegingsapparaat vastgesteld. De methode is zo zachtzinnig van uitvoering dat hij wel eens „eggshell methode” werd genoemd, daarmee uitdrukking gevende aan het feit, dat door de toegepaste handgrepen zelfs een eierschaal niet gebroken zou worden.

Persoonlijk heb ik met deze methode zeer goede ervaringen, bv. bij patiënten met zeer ernstige traumata van de wervelkolom, maar ook bij patiënten bij wie het trauma ogenschijnlijk licht was maar de gevolgen van langdurige en tamelijk ernstige aard waren.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 329.

Amsterdam, 30 maart 1974

B. VAN OMMEN

Sociaal-geneeskundige beschouwingen over mens en samenleving als complex-adaptieve systemen

1. Inleiding. De ideoloog AAKSTER (1974) heeft een tweetal door LADEE (1974) ingeleide verhandelingen geschreven over verband tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. Die verhandelingen verdienen biologische en medische toetsing. Zij hebben nl. bij het publiek onjuiste indrukken gevestigd omtrent ziekte en gezondheid van mens en maatschappij, indrukken die bij biologische en medische toetsing feitelijke en wetenschappelijke grondslag missen. Indrukken die pathologisch en daarom pathogeen zijn, twee adjectieven die AAKSTER ten onrechte door elkaar haalt.

2. Systeemtheorie. Behalve de mens is de samenleving een complex-adaptief systeem. Onder samenleving wordt hier niet het stoffelijke maar het persoonlijke „milieu” verstaan. Dat persoonlijke milieu speelt „sociaal” (socius = makker) een veel gewichtiger rol dan de materiële omgeving. Tussen mens en mens, mensengroep en mensengroep, mens en mensengroep(en) bestaan banden, die tussen mens en materieel

milieu zijn uitgesloten. Natuurlijk is die materiële omgeving ook van belang. Maar zij is van een andere orde.

3. Aanpassing. Planten, dieren en mensen die zich niet voldoende kunnen aanpassen, gaan in „the struggle for life” te gronde. De mens die onvoldoende aanpassingsvermogen bezit, wordt vroeger of later uit de samenleving verwijderd als hij die samenleving niet tijdig vaarwel zegt. Natuurlijk moeten elke mens en elke mensengroep zich ook aanpassen aan de stoffelijke omstandigheden in het milieu. Zulks te meer naarmate menselijke en stoffelijke „omgeving” vijandiger zijn. Nog altijd geldt in beginsel „the law of the jungle”. Want „the survival of the fittest” is biologisch gefundeerd.

4. Strijd om het bestaan. Het enige reële doel waar een mens en een mensengroep naar kunnen streven, is ontplooiing, verwerkelijking, ontplooiing en verwerkelijking van individu en gemeenschap. Daarvoor is door de gehele geschiedenis van de menswording heen bitter gevochten. Daarvoor zijn oneindig veel bloed, zweet en tranen geofferd. Bij die strijd is vaak een beroep gedaan op ideeën, idealen, dromen. Maar nog nooit is een oorlog met een vaandel en een vlag gewonnen. Ook niet met godsdienstige en levensbeschouwelijke beginselen en leuzen. Geluk, liefde, aanzien, bezit, zekerheid, enz. kunnen niet anders dan bij-oogmerken zijn. Wezen, zin en doel van het leven onttrekken zich aan het menselijk kenvermogen.

5. Complexiteit van leven. De wetenschap van het leven (biologie) gaat uit van eigen specifieke werkhypothesen. Biogenese, ontogenese, filogenese, evolutieleer, genetica. Zij beheersen de van geslacht op geslacht overgedragen eeuwige levensstroom in de vorm van samengestelde genenpatronen. Patronen die levenslang onveranderlijk zijn. Plant- en dierkundigen kunnen met die patronen experimenteren, maar ten aanzien van de mens is dat niet of nauwelijks mogelijk. Voor systeemtheoretici is de levende materie in laatste instantie evenzeer een complex adaptief systeem als de atoomkern voor de atoomfysici. Atoomfysici kunnen nog atoomenergie vrijmaken, de mens alleen geestelijke energie voor zelfontplooiing en zelfverwerkelijking.

6. Aanpassingsgrenzen. Het aanpassingsvermogen van de mens als functionele eenheid wordt primair bepaald door zijn onveranderlijke op het genenpatroon gebaseerde structuur. Behalve die structuur spelen ook secundair samenlevingseisen, stoffelijke en persoonlijke omgevingsomstandigheden, conjunctuur, wisselende psychosomatische constellatie, religieuze en politieke invloeden, motivatie, wensen, verlangens, illusies, discongruentie tussen realiteit en idealiteit een rol. Al die factoren samen bepalen de „spanning in de levensband”, de verhouding tussen draagkracht en draaglast.

7. Over-spanningsverschijnselen. AAKSTER identificeert de begrippen spanning en overspanning door „stress” te veronderstellen als „gezondheidsstoornis” zodra een mens geen kans ziet zijn ideële doelen te bereiken. Voor hem betekent dus frustratie (= teleurstelling) al tot gezondheidsstoornis leidende „stress”. Alleen een mens ontdaan van aanpassingsvermogen kan zeer kwetsbaar en labiel zijn. Maar hij is daarom nog niet ziek, althans niet in een voldoende „beschermde omgeving”. Die gehele beschermingsfactor zag AAKSTER over het hoofd. Ook incasservermogen en draagkracht zijn in hoge mate door de structuur bepaald en dus onveranderlijk.

8. Menselijk dysfunctioneren. Medisch en sociologisch bezien treden gezondheidsstoornissen pas aan het licht bij een aanmerkelijke wanverhouding tussen draagkracht en draaglast. Onlust kan een prikkel zijn om lust te zoeken,

tegenslag een prikkel tot extra stevig aanpakken. Evenals in de stoom- en elektriciteitsmachines zijn veiligheidskleppen en zekeringen in 's mensen lichaam en geest ingebouwd. Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, gedragstherapeuten, sociotherapeuten kunnen draagkrachtverhogend op de overbelaste mens inwerken; ook simpele gesprekstherapie, gezwegen van de invloed die religie en de pastor loci in gunstige of ongunstige zin kunnen hebben. Ook politieke invloeden kunnen ten goede en ten kwade invloed uitoefenen.

10. Oorzaken of gevolgen. AAKSTER verwacht beide telkens. Ontevredenheid en teleurstelling berusten vaak op een irreële doelstelling. De bron van (over)spanning berust vaak op projectie van innerlijke oorzaken op uitwendige persoonlijke en stoffelijke omstandigheden. Samenlevingsgroepen vertonen dezelfde fouten als de mens. Op lust belust zijn is de voor-de-handliggende reactie — vooral van de jeugd — op onlust. Daargelaten of weglopen een vlucht is of zoeken naar avontuur, ter ontkoming van banden en sleur, drugs en sex zijn de veel te gangbare stress-ontvluchtingsmiddelen.

11. Gezin, school en arbeidsomgeving. De biologisch, medisch en sociaal belangrijkste samenlevingsgroepen zijn gezin, school en arbeidsomgeving. Factoren zoals woonsituatie, welstand, burens en buurt zijn veel minder belangrijk. Ze zijn bovendien overwegend secundair. Wie niet asociaal is, wordt niet asociaal door tussen asociale te gaan wonen. De „buurt” maakt niet asociaal, maar asociale de buurt. De verhoudingen tussen ouders en kinderen — over en weer — en vooral tussen ouders onderling en kinderen onderling zijn door de structuur bepaald en bepalen het verdere leven. Goede en slechte pedagogie zijn voor een deel oorzaak en voor een deel gevolg van indoctrinatie. Na de school gaat de „arbeidsomgeving” een soortgelijke secundaire rol spelen. Ook daarbij spelen structuur en ideologie (politiek) een belangrijker rol dan de arbeidssituatie, die meer door de mensen gemaakt wordt dan dat zij de mensen maakt. „Nature and nurture the problem of the future.”

12. Pathologisch en pathogeen „milieu”. Wie zoals AAKSTER elk klachtje als gezondheidsstoornis registreert en ontevredenheid op de omgeving projecteert, komt met hem tot het postuleren van een „ziek en ziekteverwekkend milieu”. Natuurlijk droomt AAKSTER van een „alternatieve samenleving” die hij als ideoloog graag zou opbouwen, waarbij vergetend dat alleen alternatieve mensen die alternatieve samenleving zouden kunnen scheppen. En die alternatieve mens brengt de ooievaar maar heel zelden. En die weinige alternatieve mensen worden dan in de regel snel vermoord. Vaak lopen dromen in die richting uit op polarisatie en escalatie. De mensheidsgeschiedenis is ook nog maar heel kort in vergelijking met de wordingsgeschiedenis van heelal en aarde. Eigenlijk is de menswording pas begonnen.

13. Relaties tussen ziekte en sociale „stress”. Tegen de bovengeschetste onhoudbare premisse, dat we allemaal even ziek als overspannen (over-„stressed”) zijn, bouwde AAKSTER een fantastische rondvraag op bij patiënten van enige artsen, registreerde hun onlustgevoelens en klachten, en vergeleek die met de diagnoses van hun artsen. Voor elk klachtje en ontevredenheidje een punt. Dat was de maat voor de „stress” en voor de ernst van de gezondheidsstoornis. Dit medische, noch sociologische onderzoek bij een verkeerd gekozen bevolkingsgroep van patiënten leidde hem tot de conclusie dat de gezonde bevolking even ziek moest zijn. Elke verzekeringsgeneeskundige en elke sociaalgeneeskundige had hem vooraf kunnen vertellen dat zijn op die manier verkregen conclusies waardeloos zijn. AAKSTER verloor uit het oog dat 90% van de patiëntendiagnoses „eti-

ketjes” of „labeltjes” waren die hun door hun artsen waren verstrekt. Hij vroeg zich bovendien niet af, zoals elke medicus zou hebben gedaan, hoe groot het percentage verkeerde diagnoses was.

14. „Full grown clinical pathology.” Ontsteld over de geweldige scores, die hem een ontstellend ziektecijfer suggererden, veronderstelde AAKSTER — zonder enig motief — dat de meeste van die patiënten met die klachten niet naar hun dokter gingen ofschoon het toch wel lichtere voorfasen waren van „full grown clinical pathology”. Die voorfasen te herkennen, zou dan een dankbare taak zijn voor de door hen niet geraadpleegde artsen.

Wanneer AAKSTER een wachtkamerstudie maakt bij huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en specialisten (poliklinieken) zou hij spoedig genezen van zijn neurasthene fantasieën. AAKSTERS „operationele definitie” van neurasthenie als „de totaalscore van rugpijn, hoofdpijn, moeheid en duizeligheid” mist elke wetenschappelijke en ook praktisch medische en sociologische waarde. Gemiddeld hadden elke klaagster en klager $2\frac{1}{2}$ klacht en waren dus — volgens AAKSTER — ernstig overbelast en ziek.

15. Toekomstdromen over samenlevingsopbouw. AAKSTER wordt ideaal gekarakteriseerd door zijn conclusie, dat bij juist blijken van zijn correlatiefantasieën:

„men voor de mens een milieu zal dienen te creëren, waarin stabiele, zelfverzekerde ouders dito kinderen voortbrengen, waarin de woning (gekoppeld aan buurt en primaire sociale relaties) voor de mens een bron van levensvreugde is in plaats van een bron van voortdurende frustratie en waaruit zorgverwekkende toestanden zoals armoede, oorlog, uitbuiting, enz. verdwenen zijn,”

„gezondheidszorg dan niet meer alleen is, het op de been brengen van de slachtoffers van onze geïndustrialiseerde en verstedelijkte samenleving, maar in wezen een vorm van samenlevingsopbouw.”

Dit demasqué is het treffendste van AAKSTERS opstellen. De vrees van LADEE voor „onheilzame en eventueel schijncontroversen” is zeker ongegrond. Ontdaan van kennelijke medische onjuistheden en ideologische smetten blijft er van zijn sociologische beschouwingen niets, althans niets controversieels, over.

Samenvatting

1. Ieder mens streeft op eigen, unieke, wijze naar zelfontplooiing en zelfverwerkelijking.

2. Wezen, zin en doel van het leven onttrekken zich aan het menselijk kenvermogen.

3. Realisering van zelfontplooiing en zelfverwerkelijking worden meer bepaald door 's mensen aan genenpatronen gebonden structuur (aanleg) dan door op hem inwerkende samenlevings- en milieu-invloeden (omgeving).

4. Mens en samenleving zijn beide complex-adaptieve systemen.

5. Het aanpassingsvermogen van mens en samenleving wordt o.a. bepaald door structuur, conjunctuur, milieu, psychosomatische constellatie, religie, politiek, motivatie, draaglast, draagkracht.

6. Psycho-, gedrags- en socio-therapie kunnen draagkrachtverhogend en draaglastverlagend werken en aldus een gunstige invloed op mens en samenleving uitoefenen.

7. Alleen een zieke (pathologische) samenleving van zieke (pathologische) mensen kan pathogeen, dus voor mensen ziekteverwekkend zijn.

8. Alleen gezonde „alternatieve” mensen zouden een gezonde „alternatieve” samenleving kunnen scheppen. Deze stelling draagt echter geen medisch, psychologisch of sociologisch, maar een ideologisch of politicologisch karakter.

9. Verbanden tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen, resp. ziekte, zijn sedert lang de artsenwereld bekend; AAKSTERS systeem-analytisch, sociologisch onderzoek heeft daarop geen nieuw licht geworpen.

10. Voor een harmonische ontwikkeling van de toekomstige gezondheidsverzorging is samenwerking op voet van gelijkheid van medici, psychologen en sociologen dringend gewenst. Eenheid van terminologie en van visie met betrekking tot ziekte, gezondheid en gezondheidsstoornissen is daartoe eerste vereiste.

Literatuur: AAKSTER, C. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 194 en 199. — LADEE, G. A. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 192.

Naarden-Bussum, maart 1974

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

De heer SCHUURMANS STEKHOVEN haalt m.i. wel erg veel over hoop. Ik betreur het dat hij mij afschildert als ideoloog; eveneens betreur ik het dat de heer SCHUURMANS STEKHOVEN mijn artikelen kennelijk slecht heeft gelezen. Zo zou ik „een fantastische rondvraag bij patiënten van enige artsen” hebben verricht en zou mijn maat voor stress worden gevormd door „voor elk klachtje en ontevredenheidje een punt” toe te kennen. Herlezing van mijn tweede artikel zal de heer SCHUURMANS STEKHOVEN ervan kunnen overtuigen hoe abuis hij hier is. Hetzelfde geldt voor zijn uitspraak dat volgens mij „elke klāagster en klager 2½ klacht” zou hebben, en voor vele andere onjuiste handelingen en verwijzingen.

Het blijkt echter dat er nog wel enige onduidelijkheid is blijven bestaan over het verschijnsel psycho-sociale stress. Daarom nog het volgende:

1. Psycho-sociale stress onderscheidt zich in wezen niet van andere vormen van stress, zij het dat hier het accent ligt op relationele en belevingsaspecten in het menselijke vlak.

2. Stress is geen objectief gegeven, maar duidt altijd op een relatie tussen mens (systeem) en omgeving; daarbij speelt zowel de kracht van de externe beïnvloeding mee, als de kracht van de interne weerstand, of beter het interne aanpassingsvermogen. Wanneer het — altijd dynamische — evenwicht tussen deze externe krachten en interne tegenkrachten doorbroken wordt, is er sprake van stress. Stress is dan ook alleen maar stress als het leidt tot een evenwichtsverstoring op een of meer essentiële variabelen van de mens.

3. Er kan sprake zijn van een dergelijke evenwichtsverstoring, dus van de inwerking van stress, zonder dat men zich dat bewust is (bv. „long-term low-level” stress).

4. (Psycho-sociale) stress kan uit de volgende systeem-omgeving-discrepanties voortvloeien: omgevingseisen niet afgestemd op systeem mogelijkheden of doelen, systeemdoelen niet afgestemd op omgevingsmogelijkheden; omgevings-eisen of -mogelijkheden onderling strijdig; systeem-doelen/mogelijkheden onderling strijdig etc.

5. Stress leidt *niet* automatisch tot ziekte; dat zal pas gebeuren als het systeem (de mens) niet in staat is de stress op te heffen.

6. Stress kan worden opgeheven door de grenswaarden op de essentiële variabelen en (of) de doelstelling te wijzigen

(interne aanpassing) door in te grijpen in de omgeving (externe aanpassing) of door van omgeving te veranderen (migratoire aanpassing).

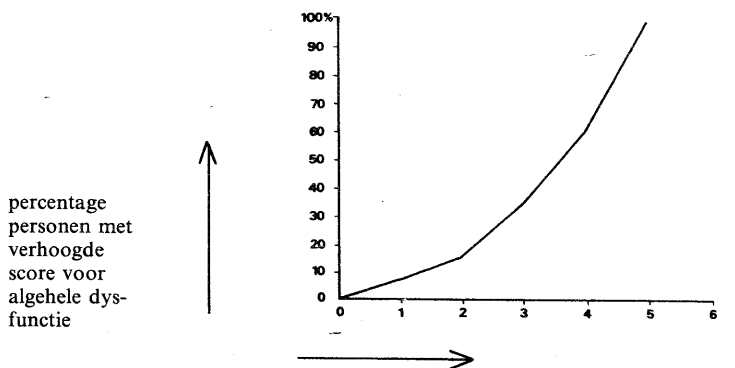
7. Voor zijn evenwichtsherstel kan de mens een beroep doen op eigen onbenutte reserves, hulpbronnen uit de omgeving, compensatie op grond van positieve ervaringen.

8. Indien de stress niet kan worden geëlimineerd, is er sprake van „falende aanpassing”. Deze kan in principe 4 vormen aannemen: verkeerd gekozen oplossingen, geblokeerde oplossingen, onvermogen de juiste oplossing voort te brengen en schadelijke neven-effecten van op zich juiste oplossingen.

9. Het orgaan of orgaan-systeem dat het eerst ziek zal worden, is (hypothese!) het orgaan dat de zwakste schakel vormt in de afweerketen of dat het zwaarst belast wordt in de afweerreactie.

10. Een op de twee mensen lijdt aan stress, zo is heel globaal gesteld; eigenlijk is dat onjuist want ik had moeten stellen: 100% van de mensen lijdt aan stress; immers, stress is een normaal aspect van het menselijk leven; iemand die 's ochtends met een knorrende maag opstaat heeft ook stress; hij elimineert zijn stress door een beschuitje en een kopje thee te nuttigen. Iedereen zal dagelijks deze grotere en kleinere discrepanties, frustraties, doelblokkeringen etc. ervaren. Omdat stress in deze zin zo normaal, zo menselijk is, heb ik deze niet willen tellen. Ik zou pas van stress willen spreken indien deze stresses in aanzienlijke mate optreden en (of) aanleiding geven tot het ontstaan van verschijnselen zoals hoofdpijn, rugpijn, hartkloppingen, maagzuur, spierspanningen etc. Voorbeeld van stress-meting: woon-dissatisfactie. Er werden 3 vragen gesteld: tevredenheid t.a.v. woning, t.a.v. buurt en t.a.v. vrienden; de minimaal te behalen score bedroeg 3, de maximaal te behalen score 21. Alle scores ≥ 9 werden als stress geteld. Voor zes van deze stresses werd zowel voor de eerste 100 mannen als voor de eerste 100 vrouwen in mijn steekproef nagegaan in welke combinaties deze stresses voorkwamen; 17% van de mannen en 28% van de vrouwen rapporteren 0 van deze stresses; 38% respectievelijk 32% rapporteren er 1, en 45% respectievelijk 40% rapporteren 2 of meer stresses. Het gaat hier slechts om 6 stress-situaties; er zijn uiteraard nog andere stress-typen die hier niet werden meegeteld of die helemaal niet werden gemeten in mijn onderzoek.

11. Hoewel het probleem van de causaliteit in dit type transversale onderzoeken bijna niet op te lossen is, geeft wel de tabel een goede indruk van de sterkte van



aantal risico-factoren (vrouwelijk geslacht, niet actief, niet-geïntegreerd ouderlijk gezin, affectieve dissatisfactie en sterke bezorgdheid).

de gevonden verbanden. Hierin is nagegaan of er een positieve correlatie bestaat tussen het aantal risico-factoren (inclusief psycho-sociale stress) en het aantal personen met een *algehele dysfunctie* (totale score over alle gerapporteerde klachten).

Het blijkt dat het aantal personen met een versterkte mate van geheel dysfunctioneren toeneemt (aanvankelijk cumulatief, later waarschijnlijk afvlakkend, te denken ware aan

S-vormige kromme), naarmate er sprake is van meer risico-factoren (inclusief psycho-sociale stresses).

12. Ik moge herhalen dat ik mijn onderzoek niet als eer eindpunt zie maar als een *begin*. Er blijven nog vele onbeantwoorde vragen over.

Leiden, april 1974

C. W. AAKSTER

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Pathogenese van emfyseem. Volgens de nieuwste opvattingen omtrent de etiologie van longemfyseem kan dit het gevolg zijn van een tekort aan α_1 -antitrypsine; door dit tekort kan de trypsine (of enig ander proteolytisch enzym) ongestoord haar deletaire werking op het longweefsel uitoefenen. Prima facie lijkt deze theorie even onzeker als de oude opvatting dat emfyseem een slijtage-verschijnsel zou zijn. Maar men verkrijgt steeds meer aanwijzingen dat emfyseem veroorzaakt wordt door overmatige eiwitverterende werking van enzymen, en dat deze overmaat het gevolg kan zijn zowel van factoren die cellulaire infiltratie uitlokken als van een tekort aan enzym-remmers. Bij proefdieren heeft men de enzym-verwekkende werking van proteolytische enzymen kunnen aantonen. Zo heeft men panlobulair emfyseem kunnen verwekken door middel van papaïne-aërosols; papaïne, o.a. voorkomend in onrijpe papaja-vruchten, is een eiwitsplitsend enzym dat selectief elastine aantast. Bij de normale mens wordt de aanwezige trypsine geremd door de eveneens aanwezige α_1 -antitrypsine. Een toestand van tekort aan dit laatste ferment is genetisch bepaald. Terwijl men aanneemt dat homozygoten een grote kans hebben op ontwikkeling van emfyseem, verkeert men in twijfel of dit ook bij heterozygoten het geval is. Wel is bij onderzoek gebleken dat zowel de vermindering van longfunctie bij sigarettenrokers en mijnwerkers als het verlies van de long-elasticiteit met toenemende leeftijd bij heterozygoten sneller verloopt dan bij normale personen. Verder onderzoek zal moeten leren wat de betekenis is van bijkomstige factoren zoals sigaretten-roken, steenkoolstof, cadmiumdamp, welke factoren een proximaal of centraal emfyseem teweegbrengen, terwijl het met α_1 -antitrypsine-deficiëntie samenhangende emfyseem panlobulair en voornamelijk basaal gelokaliseerd is. (*Brit. med. J.*, 23 maart bl. 527.)

ITALIË

Te weinig ziekenhuisruimte. In vele delen van het land heeft men te kampen met een tekort aan ziekenhuisvolume. Het modernste ziekenhuis van Rome, het San Giovanni-ziekenhuis, dat in 1955 is gebouwd, biedt plaats voor 800 bedden. Maar de gemiddelde bezetting van het ziekenhuis bedraagt tegenwoordig ongeveer 2000. Vele patiënten liggen op noodbedden in gangen of nevenvertrekken, zelfs in de kapel van het ziekenhuis, in de directeurskamer, in de conferentiekamer en in de bibliotheek. Deze wantoestand heeft

geleid tot protestdemonstraties waaraan zowel personeels leden als patiënten hebben deelgenomen. In Bologna zijn de ziekenhuizen eveneens overvuld en vele patiënten moeten naar buiten de stad worden vervoerd, waar zij in kleine ziekenhuizen in de provinciesteden worden ondergebracht. Volgens mededelingen uit het grootste ziekenhuis van Bologna, Sant' Orsola, is de overvulling het gevolg van het opnemen van patiënten uit veraf gelegen streken. Tussen de 20 en 30 pct van de patiënten in dit ziekenhuis zijn afkomstig uit Zuid-Italië, waar nog minder ziekenhuizen zijn. (*Dtsch Ärztebl.*, 21 maart bl. 888.)

LANGKA

Poliomyelitis. In 1972 zijn op Langka (de tegenwoordige naam voor het eiland Ceylon) 297 gevallen van paralytisch poliomyelitis gerapporteerd. In de vier voorafgaande jaren bedroegen de aantallen 1009, 186, 121 en 330. Oorzaak van de voortdurende incidentie is de gebrekkige immunisatietoestand onder de kleuters. Van de 297 gerapporteerde patiënten zijn van 211 gevallen epidemiologische gegevens beschikbaar; 55 patiënten zijn klinisch onderzocht. Er waren epidemische pieken in januari en in de periode mei-augustus. Van de patiënten waren 88 pct jonger dan 5 jaar; drie patiënten waren tussen de 21 en 25 jaar oud. (*Weekly Epid. Rec.* 22 maart bl. 97.)

VERENIGDE STATEN

FSA stopt plan tot bestrijding van anemie. Op het laatste ogenblik heeft de FDA (Food and Drug Administration) de uitvoering tegengehouden van een reeds aanvaard plan tot bestrijding van ferriprive anemie, een aandoening die in de Verenigde Staten sterk verbreid voorkomt, vooral onder de minder bedeelde, speciaal onder de vrouwen en kinderen. Het plan, dat de steun had van de American Medical Association en andere belangrijke en invloedrijke instanties, omvatte een systeem ter „verrijking” van brood en meel met ijzer. De uitvoering hiervan zou op 15 april aanvangen. Maar een lawine van bezwaren, afkomstig van individuele artsen, die wezen op het risico voor mensen met enkele zeldzame bloedziekten (hemochromatose, Cooley-anemie) en alcoholische leverziekte, deed de FDA besluiten de uitvoering uit te stellen en deze pas nadat de veiligheidskwestie genoegzaam was opgelost, te laten voortgaan.

Het verrijgingsplan was door de bakkers en meelproducenten goed ontvangen. Het hield in dat het etiket „enriched” pas mocht worden gevoerd, indien het meel per „pound” 40 mg ijzer bevatte; verrijkt brood zou per „pound” 25 mg ijzer moeten bevatten. Overigens zijn, volgens de