

nog langer had kunnen worden gewacht alvorens te opereren. Verweerder, die klaarblijkelijk veronderstelde dat het vreemde voorwerp nog in de maag was, maakte dan ook op de verkeerde plaats een incisie in de buik.

Er was ten deze geen sprake van dat bepaaldelijk een operatie moest geschieden en nu deze, zonder behoorlijk voorafgaand onderzoek, toch plaatsvond, is ze overbodig geweest.

Door te handelen zoals hij deed, ondermijnde verweerder derhalve het vertrouwen in de stand der geneeskundigen. Daaraan kan niet afdoen dat verweerder blijkens zijn aarzeling voor de operatie wel gevoelde dat het maken van een foto alsnog wenselijk was en dat hij terecht besloot tijdens de operatie het vreemde voorwerp niet door insnede van de dikke darm te verwijderen.

INGEZONDEN

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

De voeding van de jonge zuigeling

Prof. JONXIS stelt in zijn klinische les (1974) dat het minder gunstig is als jonge kinderen op de babyleeftijd te dik worden: dan zou nl. een vermeerdering van de vetcellen optreden, met op latere leeftijd grotere kans om dik te worden.

Tevens geeft Prof. JONXIS in deze klinische les aan, dat de zg. „humanized milks” de meest ideale babyvoedingen zijn. Het is echter mijn ervaring, en die van andere collegae, dat baby's op deze „humanized milks” in het algemeen dikker worden dan baby's gevoed met zure voedingen of met 2/3 melk-1/3 watermengsels. Hun gewicht komt dan ook veel vaker uit boven de 90ste percentiellijn.

Dit lijkt me in tegenstelling tot het in de eerste alinea gestelde, zodat ik toch mijn vraagtekens zet bij de „humanized milks”.

Literatuur: JONXIS, J. H. P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 745.

Venlo, mei 1974

P. J. A. RUYLS

De gewichtstoename van het kind zal in het door collega RUYLS gestelde geval niet afhankelijk zijn van de aard van de voeding, maar van de hoeveelheid voeding, dus de hoeveelheid calorieën die het kind krijgt. De kans bestaat ook, dat bij het gebruik van de meeste zure voedingen en bij gebruik van melk-watermengsels, waarvan het vet in hoofdzaak botervet is, dit vet slecht wordt geresorbeerd, waardoor misschien een iets geringere gewichtstoename is te verklaren. Een slechte vetresorptie is echter zeker geen voordeel voor het kind, temeer daar een slechte vetresorptie over het algemeen met een slechte calciumresorptie gepaard gaat.

Door het hogere mineraalgehalte van zure voedingen en melk-watermengsels retineert het kind over het algemeen water en groeit het in de eerste dagen door deze waterretentie sneller dan op een „humanized milk”, waarvan het mineraalgehalte over het algemeen lager ligt. Van de „humanized” voedingen dient men echter niet meer te geven dan de calorische behoefte van het kind bedraagt. Genoeg is beter dan veel.

Groningen, mei 1974

J. H. P. JONXIS

Alle omstandigheden in aanmerking genomen is oplegging van na te melden maatregel gerechtvaardigd. Het algemeen belang vordert voorts openbaarmaking van deze uitspraak op na te melden wijze.

Waarschuwt verweerder

Beveelt bekendmaking van deze uitspraak met inachtneming van het bepaalde bij artikel 63 van het reglement medisch tuchtrecht in de *Nederlandse Staatscourant* en voorts door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de redacties van *Medisch Contact*, het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en de *Nederlandse Jurisprudentie*.

Aldus gewezen op 4 maart 1974 onder voorzitterschap van Mr. M. KNAP, met als leden-geneeskundigen Dr. M. J. HEERING, J. W. J. DE LAIVE, Dr. A. W. M. POMPEN en S. LUITSE (plv.) en Mr. K. LANGELAAR, secretaris (plv.).

Complicaties bij claviculafracturen

In het artikel van VAN ACKER, KEEMAN en GREEP (1974) wordt de aandacht gevestigd op complicaties van neurovasculaire aard bij claviculafracturen. Neurovasculaire klachten kunnen evenwel ook veroorzaakt worden door een voor de claviculafractuur te strak aangelegd ranselverband, zoals bij de volgende patiënt werd waargenomen:

Een 54-jarige metselaar kreeg terstond na aanleggen van een ranselverband wegens een claviculafractuur links op 14-9-1967, paresthesiën in de ringvinger en pink beiderzijds, vooral 's nachts, met dikke vingers. Patiënt klaagde voordien al vaak over „dode vingers”. In de loop van de volgende twee maanden ontstond krachtsvermindering in de rechterhand met spieratrofie. In december 1967 werd bij neurologisch onderzoek een duidelijke atrofie gevonden van de musculus interosseus dorsalis I en de musculus adductor pollicis rechts, niet van de pink- of duimmuis, met spontane pinkabductie en een positief symptoom van Froment. Er was een hypalgesie beiderzijds ulnair aan de hand, anderhalve vinger volair en twee-en-een-halve vinger dorsaal, en beiderzijds aan de ulnaire zijde van onder- en bovenarm. Het hyperabductiesymptoom van Wright was rechts duidelijk positief met een hoorbare infraclaviculaire soufflé, links slechts zwak positief, zonder soufflé.

De röntgenfoto's toonden callusvorming aan de linker clavicula, geen halsribben, geen afwijkingen aan de ellebogen of polsen. Er was een partiële elektrische ontaardingsreactie in de rechter pinkmuis. Het EMG toonde levendige denervatie-activiteit in de rechter musculus interosseus dorsalis I, adductor pollicis en abductor digiti quinti. Motorische geleidingssnelheden: rechter nervus ulnaris, oksel naar elleboog 49 m per sec., elleboog naar pols 45 m per sec.; linker nervus ulnaris, oksel naar elleboog 43 m per sec., elleboog naar pols 49 m per sec. (beiderzijds vertraagd, zowel in boven- als onderarm). Er trad compleet herstel op na 4 maanden fysische therapie en toediening van vitamine-B-complex, waarbij ook de handspieratrofie volledig verdween.

De veronderstelling dat de handspieratrofie aan de rechter kant veroorzaakt was door het ranselverband, berust op het feit dat deze fractuur juist links was gelokaliseerd en dat patiënt reeds vóór het ongeval over dode vingers klaagde, terwijl beiderzijds in het ulnarisgebied sensibele stoornissen

optraden en de klachten direct na het aanleggen van het ranselverband ontstonden. Dit verband heeft hier dus een neurovasculair compressie-syndroom doen ontstaan.

Het leek mij nuttig deze waarneming toe te voegen aan de door de schrijvers beschreven complicaties bij claviculafracturen.

Literatuur: ACKER, R. E. H. VAN, J. N. KEEMAN en J. M. GREEP (1974) Complicaties bij claviculafracturen. *Ned. T. Geneesk.* 118, 613. — OP DE COUL, A. A. W. (1970) *De atrofie van de kleine handspieren*. Proefschrift Amsterdam.

Eindhoven, mei 1974

A. A. W. OP DE COUL

Zelfmoord(poging) en geneesmiddelen

Van september 1971 tot september 1972 ontving de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid ongeveer 1000 opgaven omtrent zelfmoord en ongeveer 4000 omtrent pogingen daartoe. Voor zover deze gegevens op geneesmiddelen betrekking hadden, waren ze moeilijk te interpreteren, want de vraagstelling was daar niet speciaal op gericht geweest. Desondanks konden de volgende conclusies worden getrokken:

1. Zelfmoorden worden in 25% van de gevallen met geneesmiddelen gepleegd, zelfmoordpogingen in 75%.

2. Van de geneesmiddelen worden de sedativa en hypnotica het meest gebruikt, zowel voor de zelfmoord als voor de zelfmoordpoging (respectievelijk 82 en 56% van degenen die daartoe van geneesmiddelen gebruik maakten). Van de zelfmoordenaars die een slaapmiddel gebruikten, had de helft Vesparax ingenomen (en werd dit als doodsoorzaak opgegeven) tegenover een kwart van de zelfmoordpogers. Nitrazepam (Mogadon) werd in geen enkel geval als doodsoorzaak opgegeven.

Het valt derhalve misschien te overwegen in die gevallen waarin men toch Vesparax wenst voor te schrijven, na te gaan of ook met een zetpil het gewenste resultaat is te bereiken. Overdosering van Vesparax met zetpillen is onmogelijk.

3. Indien voor een zelfmoord of zelfmoordpoging een geneesmiddel wordt gebruikt, betreft dit in 95% van de gevallen een psychopharmacon (inclusief de slaapmiddelen) of een analgeticum. Overige, ook op grote schaal voorgeschreven geneesmiddelen, komen in het onderzoek nauwelijks voor.

4. Sedert de omschakeling van stads- op aardgas, worden blijkens de statistiek van het CBS veel vaker vergiften voor zelfmoord(poging)en gebruikt dan voordien. Dit wijst erop dat men voor dit doel naar vervangende middelen zoekt en deze ook altijd wel weet te vinden. Het lijkt ons voor de suïcide-preventie dan ook weinig zin te hebben door strengere maatregelen het gebruik van speciaal „geliefde” geneesmiddelen tegen te gaan.

Noordwijkerhout, mei 1974
St. Bavo

P. V. DOORNE, *apotheker*

Leidschendam,
Geneeskundige Hoofdinspectie
Geestelijke Volksgezondheid

A. C. DE GRAAF, *sociologe*

Een medisch-sociologisch onderzoek naar gezondheidstorende sociale factoren

AAKSTER (1974) heeft in zijn weerwoord geen antwoord gegeven op twee bezwaren die ik (1974) tegen zijn stukken heb aangevoerd, nl. (a) dat zijn ziektemodel een platitude is, en (b) dat hij ons geen verslag uitbrengt van zijn resultaten. Ik blijf dan ook bij mijn mening dat deze stukken nooit in dit tijdschrift gepubliceerd hadden moeten worden. Hiermee is niets persoonlijks tegen AAKSTER bedoeld. Integendeel, de sociologie als geheel en dus ook de medische sociologie, bevindt zich nog in een voorwetenschappelijk stadium, op een peil van ontwikkeling dat enige gelijkenis vertoont met dat van de geneeskunde tweehonderd jaar geleden, en dat gekenmerkt werd door grote onmacht en grote pretenties. Sir ISAIAH BERLIN (1974), president van het Wolfson College in Oxford, zei het onlangs als volgt: „De sociologie heeft nog niet één generalisatie opgeleverd, waarvan men zelfs maar kan zeggen dat zij belangrijk genoeg is om er de geldigheid van te onderzoeken. De sociologen blijven steken in het vage streven naar Menschenverbesserung en dat dan nog verpakt in afschuwelijk taalgebruik. Als zij de kamer binnenkomen, doen ze me denken aan mannen in diepzeeduikerspakken, vreemd en indrukwekkend, maar als je goed luistert naar wat ze tegen elkaar zeggen, dan is het óf onzin óf het zijn verstandige, weinig opzienbarende gedachten, zoals we die allemaal in de conversatie wel eens hebben, maar dan aangestast door hun quasi natuurwetenschappelijke jargon...”

Toch blijf ik geloven, dat er wetenschappelijke sociologen bestaan. Dat moeten dat sociologen zijn die zich van de onvermijdelijke onwetenschappelijkheid van hun vak bewust zijn en die nog andere zelfstandige naamwoorden kennen dan „structuur”, „aanpak” en „model”. Zij gebruiken niet altijd „met betrekking tot” als ze met bedoelen of „ten aanzien van” in plaats van voor. Zulke sociologen zouden een belangwekkende bijdrage aan de ontwikkeling van de geneeskunst kunnen leveren en met hen moet er zinnig te discussiëren zijn.

Literatuur: AAKSTER, C. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 595. — BERLIN, I. (1974) Interview met K. L. POLL. *NRC-Handelsblad*, 19 april 1974. — SLUIS, I. VAN DER (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 597.

Amsterdam, april 1974

I. VAN DER SLUIS

In zijn eerste schrijven citeert VAN DER SLUIS (1974) de door mij voorgestelde definitie van ziekte. Hij zegt dan dat ik dit een model zou noemen, hetwelk ik aan de lezers van dit tijdschrift ter toetsing zou voorleggen. Een en ander doet hem spreken van een platitude: VAN DER SLUIS blijkt evenwel onjuist gelezen te hebben. Op bl. 198 geef ik de definitie van ziekte. Pas 70 regels later komt de lezer voor het eerst het woord „model” tegen, en wel in een nieuwe paragraaf, getiteld „Enkele implicaties van deze beschouwingen”, in een zinsdeel aanvangende met de woorden „Het bovenstaande is een poging tot theorie-vorming”. Het is duidelijk dat de woorden „het bovenstaande” dan niet alleen slaan op de definitie „het ontstaan van ziekte”, welke paragraaf als zodanig weer de neerslag vormt van het gehele voorafgaande artikel. Ik leg aan de lezers dus wel degelijk een *model* voor ter toetsing. De kwalificatie „platitude” is hier dan ook geheel misplaatst. VAN DER SLUIS betreurt het dat de redactie