

te verklaren door de argumenten die door collega VAN DER LUGT zijn aangevoerd. Goede compressiesclerotherapie is aan het bovenbeen moeilijker uit te voeren. Daarom pleit HOBBS voor operatie aan het bovenbeen en sclerotherapie aan het onderbeen. Hij is met deze mening in lijnrechte tegenstelling met DODD en COCKETT.

De operatieve behandeling van varicosis kan uiteraard zeer effectief zijn mits goed uitgevoerd. Het opsporen van de venae perforantes zoals door KUIPER en VAN DER HEYDE beschreven, is misschien wel elegant maar vaak toch wat omslachtig, zeker bij poliklinische behandeling. Overigens viel het mij op dat het door VAN DER LUGT aangehaalde ziekenhuisverblijf voor geopereerde varices-patiënten ruim tweemaal zo lang is als in onze kliniek gebruikelijk is.

Tenslotte haalt collega VAN DER LUGT DODD en COCKETT aan. De mededeling in het boek van DODD en COCKETT wordt niet gestaafd met enig getal. De manier waarop de sclerotherapie in dit boek wordt gedemonstreerd doet mij het ergste vrezen. Overigens nemen DODD en COCKETT op bl. 105 onder „Medico-social aspects” weer wat terug van het oorspronkelijk gestelde.

De bedoeling van het Caput Selectum is niet geweest om alleen een pleidooi te houden voor de compressiesclerotherapie. Het is wel de bedoeling om een differentiatie in de behandelingswijze aan te brengen. Een flink aantal patiënten zal ondanks klachten zich niet willen of kunnen laten opnemen. De aanduiding dat er voor deze patiënten ook nog mogelijkheden zijn, is de bedoeling van het Caput Selectum. Dat hierbij een zorgvuldig voor- en naonderzoek dienen te geschieden spreekt vanzelf. Het is dan ook mijn mening dat de behandeling, operatief of conservatief, in de handen van de chirurg thuishoort en niet in die van huisartsen of dermatologen.

Amsterdam, januari 1977

J. N. KEEMAN

Traumatische dwarslaesie

Collega BRAAKMAN (1976) heeft het aangedurfd de problematiek van de zg. traumatische dwarslaesie-patiënt in een klinische les te behandelen. Over twee patiënten met een nekletsel en beschadiging van het myelum wordt veel informatie gegeven en ook over de revalidatie van patiënten met een dwarslaesie. Een goede primaire klinische opvang is uiterat belangrijk, maar ik betwijfel of dit in een „intensive care”-zaal met airconditioning moet gebeuren. Waarom ook in Nederland geen „spinal units”? Sir LUDWIG GUTTMANN noemde ons land destijds wat dat betreft een onderontwikkeld gebied.

Het is jammer dat BRAAKMAN waar hij de seksualiteit bespreekt, het voortreffelijke artikel van HOHMANN (1971) onvoldoende tot zijn recht laat komen, dat ook door VERKUYL (1976) uitgebreid werd aangehaald. HOHMANN is zelf een „ervaringsdeskundige”, die zijn letsel al meer dan 25 jaar heeft overleefd! Hij gaf de voorkeur aan genegenheid boven allerlei technische hulpmiddelen. In een voordracht gaf hij als ervaring dat huwelijken van mannen met een dwarslaesie wel langer dan een kwart eeuw in stand zijn gebleven, gebaseerd op liefde, toewijding en begrip. Hij waarschuwt dan ook tegen de schade die men deze patiënten berokkent door hun te vertellen dat hun geslachtsleven voorbij is, dat een huwelijk voor hen niet meer in aanmerking komt en dat hun echt-

genotes hun ontrouw zullen worden. Afgezien van het daarmee aangerichte leed, getuigen dergelijke opvattingen ook van onbekendheid met de feiten.

Het is jammer dat in het bestel van een klinische les de problematiek van de traumatische dwarslaesie-patiënt zelf niet aan de orde kan komen, maar collega BRAAKMAN had nog kunnen vermelden dat er een International Society of Paraplegia bestaat die het zeer bekend geworden tijdschrift *Paraplegia* uitgeeft.

Literatuur: BRAAKMAN, R. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1717. — HOHMANN, G. W. (1971) *Considerations in management of psychosexual re-adjustment in the cord injured male.* Proc. XVIIIth Veterans administration spinal cord inj. conf., Boston (Mass.). — VERKUYL, A. (1976) In: P. J. VINKEN en G. W. BRUYN, *Handbook of clinical neurology*, 'deel 26, bl. 437.

Rotterdam, november 1976

G. M. POOL

Rotavirus als verwekker van acute gastro-enteritis

In het caput selectum gaan COUTINHO en VAN DER NOORDAA (1976) in op de mogelijke (causale) relatie tussen infectie met rotavirus enerzijds en het optreden van een klinisch syndroom, „acute gastro-enteritis” anderzijds. Dit syndroom, waarvan de „diagnose” in de praktijk is te stellen op het klinische beeld en op een eventueel epidemiologisch verband in de omgeving van de patiënt, is een zéér veelvuldig voorkomend ziektebeeld. Diarree is daarbij het meest voorkomende symptoom van een trias, terwijl braken in circa de helft van de gevallen voorkomt. Een minderheid van de patiëntjes heeft koorts. Het is niet alleen de ervaring van praktiserende huisartsen, maar ook van onderzoekers dat dit syndroom weinig seizoen-gebonden is en mogelijk als gevolg van, maar in ieder geval gepaard gaande met, allerlei aandoeningen voorkomt. Het wordt bijvoorbeeld wel eens waargenomen bij otitis media acuta. Ondanks de identificatie van allerlei min of meer pathogene micro-organismen in de faeces van patiënten met dit syndroom (o.a. RYDER e.a. 1976) is een directe en causale relatie tussen enig gevonden micro-organisme en „het” syndroom van de gastro-enteritis niet aangetoond (DANIËLS 1966). Omgekeerd worden in de faeces van patiëntjes met wat wij „acute gastro-enteritis” noemen, in vele gevallen geen micro-organismen gevonden. DAVIDSON e.a. (1975) vragen sedert 1973 aandacht voor hun langjarig onderzoek bij kinderen die werden opgenomen in een ziekenhuis in Australië. Door middel van elektronenmicroscopie konden zij (zoals anderen elders) een micro-organisme uit de familie der Reoviridae aantonen („rotavirus” of „duovirus”) bij ongeveer 50% van de in hun onderzoek betrokken kinderen. Op grond van hun onderzoek concluderen zij dat dit rotavirus een belangrijke verwekker zou kunnen zijn van sporadische acute (gastro-)enteritis bij jonge kinderen. Zij schrijven ook, dat „the prevalence of this new virus in any one community, its seasonal incidence, and relation to other enteric pathogens has not yet been determined accurately”.

Er is dus nog te weinig bekend, ondanks de sterke verdenking op een causale relatie in althans bepaalde gevallen

van (gastro-)enteritis bij kinderen, om te stellen dat „het menselijk rotavirus in ongeveer de helft van de gevallen de oorzaak is van acute gastro-enteritis bij jonge kinderen”. Tot deze conclusie komt het Editorial in de *British medical Journal* (1975) dan ook niet.

De bevinding van DAVIDSON e.a. dat zij het virus vaker in de winter- dan in de zomermaanden aantreffen, is in zoverre in overeenstemming met epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk, dat inderdaad niet van „zomergriep” kan worden gesproken. Bij een dergelijk prevalent ziektebeeld als de „acute gastro-enteritis” lijkt het echter van groot belang, anders dan in deze onderzoekingen, niet alleen uit te gaan van een selectie van patiënten, namelijk van dat relatief kleine aantal patiëntjes met dit syndroom, dat door de huisarts wordt verwezen en in de regel ook wordt opgenomen in een ziekenhuis.

Literatuur: COUTINHO, R. A. en J. VAN DER NOORDAA (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1898. — DANIELS, A. J. M. (1966) *Onderzoek naar enterovirussen, salmonellae en shigellae in gezinnen met jonge kinderen*. Proefschrift Amsterdam. — DAVIDSON, G. P., R. F. BISHOP, R. R. W. TOWNLEY e.a. (1975) *Lancet* I, 242. — Editorial (1975) *Brit. med. J.* III, 555. — HUYGEN, F. J. A. (1968) In: *Het maagdarmlkanaal*. Symposion van Nijmeegse medische studenten. Thoben, Nijmegen. — RYDER, R. W. e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 295, 849.

Nijmegen, november 1976

H. G. M. VAN DER VELDEN

In het belangwekkend caput selectum trekken COUTINHO en VAN DER NOORDAA (1976) *algemene* conclusies op grond van onderzoek bij *geselecteerde* populaties, namelijk ziekenhuispopulaties. Van enkele populaties wordt helaas de categorie niet vermeld. VAN DER VELDEN geeft in zijn „ingezonden” al duidelijk aan dat er voor „gastro-enteritis” grote verschillen bestaan tussen ziekenhuispopulaties en huisartspraktijken. Voortzetting van het onderzoek bij niet geselecteerde populaties, zoals door VAN DER VELDEN wordt voorgesteld, lijkt ook mij van belang.

Gaarne zou ik nog de aandacht willen vestigen op dit methodologisch probleem omdat dit zich regelmatig in dit Tijdschrift voordoet. Blijkbaar is men zich onvoldoende bewust van het geselecteerde karakter van een ziekenhuispopulatie. Deze selectie vindt op 3 niveaus plaats:

1. Bij de patiënt die beslist de (huis-)arts te raadplegen. Het aan de huisarts gepresenteerde morbiditeitspatroon is niet representatief voor de ziekten en klachten in een bepaalde populatie (FOLMER 1968; VAN DER VELDEN 1971).
2. Bij patiënt en huisarts samen als beslist wordt de specialist te raadplegen.

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Langere wachtlijsten. Vóór 1970 zijn de wachtlijsten van patiënten die in een ziekenhuis moesten worden opgenomen ongeveer even lang gebleven, nl. ongeveer 500.000. Na 1970

3. Bij de specialist die beslist een patiënt op te nemen in het ziekenhuis.

De mate van selectie in ziekenhuispopulaties blijkt uit het volgende: ongeveer 15% van de patiënten die een huisarts raadplegen, worden naar een specialist verwezen, terwijl 3% wordt opgenomen. Van de ernstige aandoeningen wordt 1/3 verwezen en 1/6 opgenomen (Nijmeegs Universitair Huisarts Instituut 1974). Zo wordt bv. van patiënten met gastro-enteritis minder dan 1% door de huisarts verwezen. Het bezwaar van algemene conclusies uit onderzoek bij geselecteerde ziekenhuispopulaties is dat men hierdoor bij studenten en (a.s.) specialisten een scheef beeld van de morbiditeit in stand houdt. Dit vertekende beeld doet afbreuk aan de goede samenwerking tussen specialist en huisarts, omdat de betekenis van sommige ziekten overschat resp. onderschat dreigt te worden.

Literatuur: COUTINHO, R. A. en J. VAN DER NOORDAA (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1898. — FOLMER, H. R. (1968) *Huisarts en ijsberg*. Utrecht. — VELDEN, H. G. M. VAN DER (1971) *Huisvrouw, huisarts, huisgezin*. Nijmegen. — Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1974) *Syllabus epidemiologie*.

Utrecht, december 1976

R. A. DE MELKER

De kritiek van de collegae VAN DER VELDEN en DE MELKER op het trekken van algemene conclusies op grond van geselecteerde populaties is terecht.

Het rotavirus heeft zich tot nu toe inderdaad vrijwel beperkt tot ziekenhuispopulaties en onze algemene eindconclusie lijkt dan ook voorbarig. Toch is zij niet ongegrond. Uit serologisch onderzoek blijkt nl. dat drie-kwart van de kinderen tussen 5 en 10 jaar al een rotavirus-infectie heeft doorgemaakt en bij volwassenen kan men zelfs bij meer dan 90% antistoffen aantonen (ØRSTARIK e.a. 1976). De meeste mensen zullen dus vóór hun 5e jaar een rotavirus-gastro-enteritis doormaken. Ook in de huisartsenpraktijk moet de ziekte dan zeer vaak gezien worden. Maar om de conclusie te staven is zeker meer onderzoek nodig.

De opmerking van collega VAN DER VELDEN over de etiologie en het seizoenpatroon lijkt ons een kwestie van definitie. Diarree en braken, secundair aan andere ziekten zoals otitis media, zijn door ons niet tot de acute gastro-enteritis gerekend, maar in de praktijk zal het onderscheid lang niet altijd gemakkelijk te maken zijn.

Literatuur: ØRSTARIK e.a. (1976) *Scand. J. infect. Dis.* 8, 1.

Amsterdam, januari 1977

R. A. COUTINHO
J. VAN DER NOORDAA

zijn ze steeds langer geworden; in maart 1976 telden ze 583.851 patiënten, en als Wales werd meegerekend (38.189 in 1975) rees het aantal boven de 600.000 uit. Belangrijker dan zo'n getal is de duur van de wachttijd. Van de 39.922 patiënten in Engeland die als urgente gevallen waren genoteerd, moesten 59 pct langer dan een maand op opname wachten; van de 543.929 niet-urgente hebben 27 pct langer