

E.E.G. prijkt hier met een titel voor zijn naam, waarvoor hier een veel en veel zwaardere wetenschappelijke prijs moet worden betaald (om van de steeds hogere drukkosten maar te zwijgen). Ik heb nu 24 artsen tot de promotie mogen brengen, en velen van hen jaren en jaren zien zwoegen. Er zou m.i. veel voor te zeggen zijn om te trachten de ontkoppeling van doctoraat en artsexamen geleidelijk ongedaan te maken, of ten minste te verzachten — vooral nu sinds 1921 het artsexamen een universitair examen is geworden. Anders dan de econoom, de jurist en de socioloog, moet de medische student na zijn doctoraal examen zich nog minstens een jaar universitair bekwaam alvorens de praktijk-bevoegdheid te verkrijgen. Bovendien moet hij veelal toch al een scriptie schrijven. En tenslotte is er de blijvende verwarring tussen dokter en doctor in de samenleving.

Het zou m.i. aanbeveling verdienen te streven naar een hoger niveau van de thans veelal gebruikelijke scripties (waarvan ik overigens uitstekende voorbeelden heb gezien), zodat deze bij een vereenvoudigde wijze van vermenigvuldiging als dissertatie zouden kunnen dienen, zodat de promotie, gebeurlijk van een aantal promovendi tegelijk (zoals in het buitenland niet zelden geschiedt), zeer spoedig op het artsexamen kan volgen. Anders zou ik willen streven naar een geleidelijk herstel van het verband tussen bevoegdheidsverklaring en wetenschappelijke graad, dat door THORBECKE destijds hardhandig verbroken is, ook omdat de universiteiten, o.a. wegens gebrek aan behoorlijke academische ziekenhuizen, toen geen voldoende praktische opleiding konden bieden. Zeker zou het promoveren op reeds gepubliceerde artikelen bevorderd kunnen worden en zou er zelfs gedacht kunnen worden aan het (weer) kunnen promoveren op stellingen (zoals in de juridische faculteit in de eerste decennien onzer eeuw nog mogelijk was).

Ik ontveins mij niet, dat de verwezenlijking van dit streven, ook indien de faculteiten en universiteiten het zouden willen steunen, vele jaren tijds zou vergen. Daarom zou ik in elk geval bij de medische hoogleraren en faculteiten er voor willen pleiten de eisen voor de proefschriften niet te hoog op te schroeven en onze artsen niet veel zwaardere lasten op te leggen om de doctorstitel te kunnen voeren dan in vele andere landen het geval is.

Literatuur: DRION, R. en B. DRION (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1334. — NIJHOFF, G. C. (1923) *Ned. T. Geneesk.* 67, 1610.

Amsterdam, september 1978

G. A. LINDEBOOM

Poliomyelitis in Nederland

De reactie van DEKKING op mijn ingezonden (1978) kan aanleiding geven tot misverstand. Daarom gaarne uw aandacht voor de volgende punten:

1. Ik heb slechts willen zeggen dat men met het trekken van conclusies met betrekking tot de aanwezigheid, c.q. circulatie van poliovirus uit onderzoekresultaten van patiëntenmateriaal — vooral uit gegevens afkomstig van patiënten met aandoeningen die aan enterovirussen toegeschreven kunnen worden (toevoeging ter wille van de duidelijkheid) — voorzichtig moet zijn.

2. De laatste alinea van DEKKING's betoog behoeft m.i. enige nadere adstructie. Het wezenskenmerk van het orale poliovaccin is *niet* het „ordeloze gedrag” waardoor verspreiding naar niet-gevaccineerden kan vóórkomen, doch

het teweegbrengen van een infectie van de darm van de gevaccineerde waardoor een lokale immuniteit ontstaat. Deze immuniteit die vergelijkbaar is met de weerstand die ontstaat na een natuurlijke infectie draagt er toe bij dat een wild-type poliovirus zich nadien hierin minder gemakkelijk kan nestelen dan in de darm van een niet-gevaccineerde of van een met geïnactiveerd vaccin geïmmuniseerd persoon.

Behalve bij de door DEKKING reeds eerder genoemde bijdrage van HUISMAN (1978) over allerlei aspecten van vaccinatie tegen poliomyelitis kan de geïnteresseerde lezer terecht bij een artikel van MELNICK (1978) en bij een onlangs verschenen Leading Article (1978).

3. DEKKING schrijft — waar hij spreekt over de in Canada in de afgelopen zomer voorgekomen gevallen van kinderverlamming — over een „milieu waar het orale vaccin gebruikt wordt”. Deze mededeling is onvolledig; in Canada worden beide vaccintypen toegepast. Onder meer wordt in de provincie Ontario, waar poliogeallen zijn gesignaleerd, het geïnactiveerde vaccin volgens Salk gebruikt.

Literatuur: DEKKING, F. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1585. — HUISMAN, J. (1978) *Med. Contact* 33, 762; (1978) *Epid. Bull. (Rotterdam)* 14, 1. — Leading Article (1978) *Brit. med. J.* II, 845. — MELNICK, J. L. (1978) *Bull. Wld Hlth Org.* 56, 21. — WILTERDINK, J. B. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1585.

Groningen, oktober 1978

J. B. WILTERDINK

Aanzienlijk dalend aantal kinderen met mongolisme

Het artikel van D. HOOGENDOORN (1978) in dit tijdschrift geeft aanleiding tot een kritische reactie. Het lijkt mij nl. onjuist om uit de frequentie van mongolisme als hoofd-diagnose van een ziekenhuisopname conclusies te trekken over de natale incidentie van mongolisme, en dat om de volgende redenen:

a. Het is voor de diagnostiek van mongolisme (inclusief het chromosomenonderzoek) als regel niet nodig het kind op te nemen.

b. Indien een kind met mongolisme wordt opgenomen is dat in de regel niet in de eerste plaats wegens het mongolisme, maar wegens voedingsmoeilijkheden, decompensatio cordis, een infectieziekte of een andere aandoening. Het is aanvechtbaar om in zulk geval mongolisme als hoofddiagnose te registreren, zodat enig voorbehoud ten aanzien van dit registratie-beleid en veranderingen daarin, geboden is.

c. Het is zeer wel mogelijk dat sommige van deze complicaties van mongolisme in 1976 meer dan in 1969 poliklinisch werden behandeld; ook op dit punt is voorbehoud noodzakelijk.

d. Tenslotte, uit onderzoekingen in Manitoba (UCHIDA 1970) en uit Kopenhagen (MIKKELSEN e.a. 1976) bleek de aanmerkelijke daling van het aantal oudere moeders in de bevolking niet te leiden tot een daling van de natale incidentie van mongolisme. Het zou kunnen zijn dat nog andere, onbekende, omgevingsfactoren op deze incidentie van invloed zijn. Er is ook daarom reden tot wat meer voorbehoud in tekst en titel.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1119. — MIKKELSEN, M., G. FISCHER, J. STENE e.a.

Leiden, oktober 1978

G. A. DE JONGE

Hoofddoel van de mededeling was na te gaan of de daling van mongolisme, waarop op grond van het gering ge worden aantal oudere moeders gehoopt mocht worden, zich zou uiten in een dalende opnamefrequentie in de ziekenhuizen. Uiteraard was dit geen poging om een nauwkeurige incidentie van de aandoening vast te stellen.

Begrijpelijkerwijs richtte het onderzoek zich op patiënten met mongolisme als hoofddiagnose. De aantallen hiervan zijn duidelijk kleiner dan van de gevallen, waarbij de aandoening als nevendiagnose wordt gesteld. Van 1973 t.m. 1976 was het aantal nevendiaagnosen bij kinderen (0-14 jaar) 3,3 maal zo hoog als het aantal hoofddiagnosen. Bij 15-jarigen en ouderen was dit verhoudingsgetal zelfs 9,1. (Over andere jaren zijn deze gegevens niet beschikbaar.)

Hoewel het syndroom van Down dus in de grote meerderheid van de gevallen als nevendiagnose wordt gebezigd, zijn met zekerheid opnamen bekend waarbij de aandoening terecht als hoofddiagnose wordt beschouwd. Gevallen waarbij de diagnostiek aanleiding tot opname vormde, zijn wellicht gering in aantal. Vermoedelijk komt vaker een opname voor wegens dringende sociale indicatie, bijv. als de moeder met vakantie gaat of wanneer bij spanningen, bijv. binnen het huwelijk, tijdelijke verwijdering van het patiëntje aangewezen lijkt.

Niet zelden wordt een „mongooltje” opgenomen voor het ondergaan van een lichte ingreep, bijv. het trekken of

conserveren van een gebitselement, waarbij, gelet op het afwijkende gedrag van het kind, narcose nodig wordt geacht. Veel specialisten zullen dan aan de hoofddiagnose „mongoloïde idiotie” de voorkeur geven boven de diagnose „cariës”. Verder kan men zich talrijke situaties voorstellen, waarbij het patiëntje ten gevolge van gedragsstoornissen, bijv. het eten van zand of andere corpora aliena, in lichamelijke moeilijkheden is geraakt. Ook hier lijkt „syndroom van Down” als hoofddiagnose op zijn minst aanvaardbaar.

Moeilijker wordt de keus, indien het „mongooltjes” betreft, die klinisch moeten worden behandeld wegens aandoeningen van bijv. hart of longen.

Veel is denkbaar. Zo ook, dat de kinderartsen van 1969 tot 1976 bij een betrekkelijk groot aantal van deze gevallen mongolisme geleidelijk vaker tot nevendiagnose hebben verklaard. Numerieke gegevens hiervoor zijn mij echter niet bekend.

Ongetwijfeld is ook denkbaar, dat sommige aandoeningen thans vaker dan korte tijd geleden poliklinisch worden behandeld. Ook in dit opzicht beschik ik niet over numerieke gegevens die deze veronderstelling zouden kunnen steunen. En dat daarmee een halvering van de klinische morbiditeit van mongolisme als hoofddiagnose in een verloop van slechts 7 jaar zou kunnen worden verklaard, komt mij onwaarschijnlijk voor.

De publikaties van UCHIDA en van MIKKELSEN c.s. zijn mij niet bekend. Hun uitkomsten lijken mij voorts nog in strijd met de redelijke verwachting.

Wijhe (Ov.), oktober 1978

D. HOOGENDOORN

BERICHTEN

Buitenland

DUITSLAND (B.R.)

Trichinose door het eten van vlees van wilde zwijnen. — Het gevaar van besmetting van de mens met *Trichinella spiralis* is in de laatste decennia in de westerse wereld sterk gedaald. Dit komt vooral doordat de meeste varkens geen dierlijk afval meer te eten krijgen en het merendeel van de voor de consumptie, industriematig, gefokte varkens door de fokkers geen eigen voedselkeus wordt gelaten. In Duitsland komt daar nog bij dat de verplichte vleeskeuring op trichinen een enigszins ernstiger besmetting van het vlees aan het licht brengt en daardoor het ontstaan van klinisch waarneembare ziekte voorkomt. Grottere explosies worden dan ook meestal veroorzaakt door het eten van onvoldoende verhit vlees van in het wild levende alleseters zoals wilde zwijnen en beren. En het noodlot wil dat juist 100 jaar nadat op aandringen van VIRCHOW in Duitsland de verplichte vleeskeuring op trichinen was ingevoerd, een dergelijke explosie de betrekkelijkheid van de wettelijke controle komt aantonen.

J. STUMPF e.a. (*Dtsch.med.Wschr.* (1978) 103, 1556) beschrijven een epidemie van vrij ernstige gevallen van trichinosis, waarbij van een gezelschap van 72 personen die met elkaar de jaarwisseling hadden gevierd er 58 ziek werden. Zij hadden zich allen te goed gedaan aan rauwe worst waarin vlees van wilde zwijnen was verwerkt. Het feit dat na enkele dagen een groot aantal feestgangers aan diarree leed, had niet tot het instellen van een onderzoek geleid. Pas toen in de derde en vierde week na de besmetting een

aantal patiënten in het ziekenhuis werd opgenomen, werd de aandacht op een gemeenschappelijke bron gevestigd. De patiënten hadden koorts, oedeem van gelaat en oogleden, hevige pijn in de spieren, gezwollen gewrichten, jeukende exanthenen en soms hevige diarree. Dit klinische beeld, gecombineerd met de bij bloedonderzoek gevonden sterke eosinofilie, deed denken aan trichinose. Het vermoeden kon worden bevestigd bij 23 van de 25 patiënten door het aantonen van trichinen in spierbiopten. Bij alle andere patiënten werd de diagnose gesteld op het klinische beeld, het epidemiologische verband en de uitslag van het serologische onderzoek. Dit laatste werd door het Bernhard-Nocht-Instituut in Hamburg verricht (*Dtsch. med. Wschr.* (1978) 103, 1562). Hierbij bleek dat van de bekende serologische methoden de ELISA en de indirecte hemagglutinatie-methode het gevoeligst en betrouwbaarst waren. De schrijvers menen dat ondanks de verbetering van de serologie de spierbiopsie voor de diagnostiek noodzakelijk blijft.

Alle patiënten werden met tiabendazol behandeld. Bij voorkeur moet dit wormmiddel in de eerste 14 dagen na de besmetting worden gegeven. Daarna verhindert de inkapseling de werking op de larven. Toch heeft de behandeling op een later tijdstip wel zin omdat de produktie van larven in de darm soms pas na een maand en ook nog wel eens later tot stilstand komt. De schrijvers vinden dan ook dat de behandeling een gunstig effect op de acute symptomen heeft gehad.

Een voorval zoals hierboven beschreven uit het Frankische plaatsje Ebermannstadt kan even goed in Nederland