

tiënten werden aselekt verdeeld in 2 groepen van 10; beide groepen waren naar leeftijd, geslacht en duur van de aan- doening goed vergelijkbaar. Tien patiënten vormden een placebo-groep. De andere 10 kregen zuigtabletten, die 10 mg clotrimazol bevatten en 5 maal per dag werden toege- diend.

Na 5 dagen hadden de patiënten die met clotrimazol waren behandeld geen klachten en afwijkingen meer; ook was bij hen geen Candida meer te kweken en de KOH- preparaten waren bij 9 van de 10 negatief geworden. On- gewenste bijwerkingen deden zich niet voor. Uit de place- bo-groep verbeterde slechts 1 patiënt; bij de overigen werd in geen enkel opzicht een verandering waargenomen.

Vervolgens werd bij 15 patiënten nagegaan of een reci- dief te verhinderen was met een onderhoudsdosis. Bij 14

patiënten bleek dit mogelijk te zijn met 1 tot 3 tabletten per dag gedurende ten minste 3 tot 10 maanden (bij 10 patiën- ten ten minste 9 maanden). Ook hierbij zag men geen bij- werkingen. Staken van de toediening had prompt recidief tot gevolg. Géén effect werd waargenomen op begeleiden- de, door candidiasis veroorzaakte afwijkingen aan slok- darm, vagina, nagels of huid.

De schrijvers menen dat de gunstige resultaten van deze behandeling alleen geëvenaard worden door parenterale toediening van amfotericine B.

Literatuur: KIRKPATRICK, C. H. en D. W. ALLING (1978) *New Engl. J. Med.* 299, 1201.

J. G.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Dr. Servier-prijs 1979

Teneinde het toegepast fysiologisch en (of) klinisch on- derzoek bij de mens te bevorderen zal een prijs van maximaal f 10.000,— worden toegekend aan één of meer onderzoekers, die volgens de jury het meest hebben bijge- dragen tot het verschaffen van nieuwe inzichten op het gebied van koolhydraat- en (of) vetstofwisseling. De nieuwe inzichten dienen te berusten op in Nederland ver- richt oorspronkelijk onderzoek bij de mens (al dan niet be- stemd voor academische promotie), bij voorkeur gericht op atherosclerose en (of) diabetes mellitus. De onderzoekre- sultaten zouden van praktische betekenis moeten kunnen zijn voor de gezondheidszorg. Er is geen bezwaar tegen om het onderzoek te verrichten met gebruikmaking van reeds benutte proefopstellingen en (of) als toegevoegd onderdeel van een (eventueel reeds lopend) ander onderzoek. Voor toekenning van een prijs komen uitsluitend manuscripten in aanmerking, al dan niet reeds gepubliceerd, die in 1979 zijn voltooid.

De jury zal onder voorzitterschap staan van prof. dr. F. SCHWARZ en wordt verder gevormd door W. M. ROSINGA, arts en prof. dr. J. F. de WIN. De jury zal zonodig worden bijgestaan door andere deskundigen. Inzendingen moeten gesteld zijn in de Nederlandse, Franse, Duitse of Engelse taal, hetzij gedrukt, hetzij getypt op éénzijdig gebruikt pa- pier. Grafieken, tekeningen, foto's e.d. kunnen worden bij- gevoegd. Inzendingen dienen in vijfvoud op 2 januari 1980 in het bezit te zijn van de ambtelijk secretaris van de jury, drs. R. VROOM, p.a. Servier Nederland B.V., Storkstraat 5, 2722 NN Zoetermeer, die desgewenst nadere inlichtingen zal verstrekken. Het wordt op prijs gesteld, indien geïnter-

esseerden in een zo vroeg mogelijk stadium de secretaris inlichten over hun belangstelling voor eventuele deelname. Deze prijs wordt beschikbaar gesteld door Servier Neder- land B.V. Het reglement zal desgevraagd worden toege- zonden.

Voor het drukken en verspreiden van hun proefschrift handelend over onderzoek in bovengenoemde richting kan aan promovendi desgevraagd een financiële bijdrage wor- den toegekend door Servier Nederland B.V. in overleg met één of meer juryleden.

Subsidies van de Nederlandse Hartstichting

De Nederlandse Hartstichting stelt een aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie. De voorkeur gaat uit naar kort lopende onderzoeken op het gebied van de vroege op- sporing en behandeling en de revalidatie van patiënten met myocardinfarct en de andere complicaties van athero- sclerose. Maar ook voor spoorwerk op andere gebieden de bloedsomloop betreffende kan subsidie worden aange- vraagd.

Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij de Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR Den Haag. Aanvragen dienen uiterlijk 30 juni 1979 in het bezit van de Hartstichting te zijn.

Degenen die voor 1980 een vervolgaanvraag willen in- dienen t.b.v. een reeds met subsidie van de Hartstichting lopend project, wordt eveneens aangeraden dit te doen ui- terlijk 30 juni 1979. Alleen dan kan bericht inzake toeken- ning c.q. afwijzing voor eind 1979 worden verwacht.

INGEZONDEN

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

Van oude mensen, de dingen die niet voorbijgaan

Naar aanleiding van de klinische les van Dr. C. VAN PROOSDIJ (1979) wil ik gaarne het volgende opmerken:

Met enige verbazing heb ik in genoemd artikel kennis genomen van de vanzelfsprekendheid, waarmee een ge-

diagnostiseerd mammacarcinoom bij een 87-jarige vrouw, die daar geen enkele hinder van heeft, geopereerd wordt. Daar komt bij, dat collega VAN PROOSDIJ duidelijk aangeeft, dat de vrouw deze operatie zelf niet wilde. Het is een be- kend feit, dat mammacarcinooms op zeer oude leeftijd bij- zonder langzaam plegen te groeien en in hun klinische ge- drag weinig maligniteit vertonen. Ook het feit, dat enige metastases gevonden zijn bij de operatie spreekt dit niet

tegen. Is het dan nodig, dat een vrouw van deze leeftijd aan een dergelijke uitgebreide operatie wordt blootgesteld om haar leven alsnog enige jaren te verlengen? Wél betekent de operatie natuurlijk een psychologisch ernstige ingreep, waarmee men deze oude vrouw belast. Dat een tweede operatie gebeuren moest staat hier los van, aangezien deze gebeurde i.v.m. een gewrichtslijden waarvan ik aanneem dat de vrouw wél last ondervond. In dat geval dient men af te wegen of de operatie inderdaad een leven van enkele jaren van minder pijn en ongemakken kan garanderen. Ik kom mede tot deze bedenkingen tegen de ingreep van de mamma-operatie, omdat ik een aantal jaren geleden als afdelingsgeneesheer in een psychiatrisch ziekenhuis de behandeling had over 2 zusters, respectievelijk 87 en 91 jaar, die beide reeds jaren een mammacarcinoom hadden. Ze hadden zelfs een behandelend arts indertijd overleefd en het carcinoom groeide uiterst langzaam, zodat niemand erover piekerde hen aan een operatie bloot te stellen. Toen ik vertrok naar een andere werkkring, waren de patiënten nog steeds in leven zonder noemenswaardige klachten. Het leek mij zinvol deze ontboezeming naar aanleiding van de klinische les van collega VAN PROOSDIJ te ventileren, omdat het anders zo vanzelfsprekend lijkt vrouwen van alle leeftijden aan hun mammacarcinoom te opereren. Op zeer hoge leeftijd is dit bepaald niet een vereiste en vooral, wanneer de patiënte in kwestie er geen enkele hinder van ondervindt. Ze had het bovendien al jaren zoals collega VAN PROOSDIJ zelf schrijft!

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 157.

Doorwerth, maart 1979

TH. B. KRAFT

Het standpunt, waarvan collega KRAFT uitgaat, is ook het mijne: onderwerp een geriatrische patiënt niet onnodig aan belastende onderzoeken en verricht geen ingrepen, die niet meer zinvol zijn. In een andere klinische les „Doen of laten in de geriatrie” (1976) en in het Feuilleton-artikel klinische geriatrie „Un peu d’histoire” (1977) heb ik dit standpunt nader toegelicht: „Geriatrisch dienen kan ook betekenen dingen nalaten”, zo stond in laatstgenoemd artikel, dat een profielschets bevat van de arts-geriater.

KRAFT heeft gelijk voorzover zijn bezwaren impliceren, dat dit aspect in de bekritiseerde les ontbreekt. Op zijn verdere tocht echter scheiden onze wegen.

Wie zonder „medisch kunst- en vliegwerk” in goede conditie de 87 haalt, heeft daarmee het bewijs geleverd te beschikken over goed werkende voor het leven onmisbare organen. De kans is groot dat deze gedurende nog ettelijke jaren hun plicht zullen vervullen. Ik heb enige bejaarde vrouwen zien sterven aan een ulcererend mammacarcinoom. Vrouwen bij wie, toen dat wellicht had gekund, niet radicaal was geopereerd en vrouwen bij wie, toen het daarvoor al te laat was, geen palliatieve chirurgische behandeling werd toegepast. Hun lijden en sterven was gruwelijk en menonwaardig.

Generaliseren is nooit goed. Zo mag ik niet stellen: mammacarcinoom, hoogbejaard, toch opereren. Bij een hoogbejaarde geriatrische patiënte met een mammacarcinoom kunnen de multipale afwijkingen van dien aard zijn, dat waarschijnlijk binnen afzienbare tijd een niet carcinogene maar bijvoorbeeld cardiale directe doodsoorzaak zal optreden. In een dergelijk geval is trouwens het grote operatierisico eveneens een reden tot terughoudendheid. Die factoren speelden in het beschreven geval overigens geen rol.

Maar KRAFT mag niet stellen: mammacarcinoom, hoogbejaard, niet opereren. Het gemis van een, toch al atrofische, mamma zal voor een hoogbejaarde nauwelijks een mutilerend karakter hebben. De operatie op zichzelf is niet zeer riskant. Het erdoor veroorzaakte psychotrauma zal kortstondiger en geringer zijn dan het knagende besef te moeten voortleven met de wetenschap een kankergezwel te bezitten „waar de dokters niets meer aan kunnen doen”.

Overigens, een geriater treedt nooit als solist op. In een klinische les kan geen uitvoerig verslag worden uitgebracht van de overwegingen en de besprekingen met chirurg, andere collegae, maatschappelijk werkster, klinisch psycholoog en uiteraard met de patiënte zelf. Rijp beraad ging vooraf aan het nemen van de uiteindelijke beslissing. Dat de bejaarde boerin, over wie de les ging, aanvankelijk niets voelde voor die borstoperatie is geen wonder, daar kwam zij niet voor. Maar die ingreep zou nooit zijn uitgevoerd, indien zij, na overleg met alle betrokkenen, het daar niet volledig mee eens was geweest.

Tegenover de twee bejaarde zusters met hun slechts uiterst langzaam in omvang toenemend mammacarcinoom, waarvan KRAFT melding maakt, kan ik met de hulp van de internist E. ENGELSMAN, werkzaam in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam, drie bejaarde vrouwen stellen die zich aanvankelijk in dezelfde situatie bevonden, maar bij wie het gezwel later ineens wel hard ging groeien. Ik zou evenwel een advocaat van kwade zaken zijn, indien ik op grond van dergelijke casuïstische mededelingen stel, dat in de zaak KRAFT versus VAN PROOSDIJ laatstgenoemde met 3 – 2 het pleit heeft gewonnen.

Niettemin, ik blijf erbij, indien de ingreep zonder groot risico kan worden uitgevoerd en de levensverwachting goed is, kan ook een hoogbejaarde een dergelijk gezwel beter kwijt dan rijk zijn.

Hilversum, maart 1979

C. VAN PROOSDIJ

Sollicitatie-ervaringen van huisartsen in opleiding

Als arts-assistenten bezig met de laatste maanden van de huisartsenopleiding, wisselen we tegenwoordig op de wekelijkse terugkomdag o.a. onze sollicitatie-ervaringen uit. De meesten van ons hebben al één of meer sollicitatiebrieven verstuurd. Wij voelen nu aan den lijve, dat het niet eenvoudig is om ergens als huisarts aan de slag te komen. We horen regelmatig dat er dertig à veertig brieven op één advertentie komen.

In deze brief willen wij verder niet ingaan op de vestigingsproblemen, maar wij willen het slechts hebben over de afwikkeling van de sollicitatieprocedure. We vinden het nogal frustrerend dat diverse door ons verstuurd brieven onbeantwoord zijn gebleven. Daardoor blijft geheel onduidelijk op welke termijn nog op antwoord kan worden gerekend. Bovendien missen we de motivering van de afwijzing.

Ook wanneer er veertig reacties komen op een advertentie lijkt het ons passend om alle sollicitanten een berichtje te sturen.

Amsterdam, maart 1979

— Namens de arts-assistenten-
Groep 1978-II aan het huisartseninstituut
van de Universiteit van Amsterdam,
C. BUSQUET, *huisarts-begeleider*
J. KONINGS, *arts-assistent*