

Verder is de gepresenteerde verklaring voor de pijnklachten van deze patiënte niet erg plausibel. Er wordt verondersteld dat zij een periostletsel heeft opgelopen, waardoor het been een dwangstand aannam. Het is echter niet in te zien hoe een bepaalde stand van het heupgewricht de prikkeling van periostreceptoren ten gevolge van de kwetsuren zou verminderen. Als de oorzaak echter in de spier (spierscheur, spierhematoom) gelegen was, zoals door de zinsnede „deed zoveel pijn, dat zij haar been enigszins optrok” min of meer wordt gesuggereerd, is een dwangstand wél aannemelijk. Een dergelijke gekwetste spier wordt altijd gefixeerd in verkorte toestand, en passieve verlenging doet pijn. Een bekend voorbeeld hiervan is de coup de fouet (scheur in de M. triceps surae), waarbij de voet gefixeerd wordt in plantaire flexie, en passieve dorsale flexie van de voet de pijn verergert.

Aangezien de belangrijkste functie van de M. tensor fasciae latae abductie van het bovenbeen is, had het bovenbeen bij de beschreven patiënte in abductie gefixeerd moeten worden, hetgeen bij haar niet het geval was.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2129.

Amsterdam, januari 1980

G. J. LANKHORST

In zijn klinische les beschrijft collega VAN PROOSDIJ (1979) op verfrissende wijze hoe een aantal collega's in een „medische valkuil” gestort zijn. VAN PROOSDIJ toont – met de nodige zelfkritiek – voor de collega's op allerm minst kwetsende wijze aan dat collega-specialisten, zelfs in hun eigen specialisme, fouten kunnen maken én dat paramedici in hun specifieke kennis van een bepaald „deelgebied” van het menselijk functioneren nogal eens onderschat worden. Duidelijk blijkt ook uit deze les dat een goede anamnese en lichamelijk onderzoek te zamen (!) met specialistisch röntgenonderzoek – waarbij elk van beide onderzoekers de resultaten van zowel klinisch als röntgenologisch onderzoek bij zijn (differentiële) diagnostiek moet betrekken – (denk)fouten kunnen voorkómen zodat de patiënt(e) sneller adequaat geholpen kan worden.

Een goede intercollegiale communicatie c.q. berichtgeving is in dit medisch diagnostisch proces onontbeerlijk; dit laatste laat zowel binnen het eerste en het tweede échelon als tussen de beide échelons nogal eens te wensen over. Wanneer deze intercollegiale communicatie verbeterd zou worden, zou dit een verbetering van de medische hulpverlening kunnen betekenen voor de patiënt; bovendien heeft deze communicatie een „lerende” waarde (vergelijkt u de uitspraak van de huisarts, G. G. en G. D.-arts, internist-geriater, neuroloog en fysiotherapeut maar eens!).

Aan de opmerking die onlangs door collega AULBERS (1979) werd gemaakt over de teneur van de artikelen in „ons artsenvakblad” – waarbij specialisten van diverse pluimage vertellen hoe goed hun specialistische resultaten wel zijn – zou door het plaatsen van meer artikelen in deze voor algemene artsen en artsen van ieder specialisme goed leesbare stijl tegemoet gekomen kunnen worden (vooral de klinische les, de referaten, vraag-en-antwoordrubriek en klinisch-pathologische conferenties lenen zich hier goed voor). Bovendien zouden – om meer inzicht in elkaanders werkterrein te krijgen – ook de verenigingsverslagen van andere dan klinisch specialistische verenigingen geplaatst kunnen worden in het Tijdschrift; ik denk daarbij met name aan de huisartsen, sociaal-geneeskundigen, revalidatieartsen en verpleeghuisartsen. Het Tijdschrift zal m.i. hier-

door aan leesbaarheid winnen, ook voor de jongere collega's (het Tijdschrift is immers voor alle artsen bestemd, of niet soms?). Bij vervreemding tussen specialisten onderling en tussen specialisten en artsen werkzaam in andere medische vakgebieden is niemand gebaat.

Met dank aan collega VAN PROOSDIJ voor deze wijze (klinische) les.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2129. – AULBERS, B. J. M. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1349.

Geleen, januari 1980

J. VAN KEMPEN

Een klinische les dient belerend (in de zin van onderrichtend), boeiend en beknopt te zijn. Laatstgenoemd deel van deze opdracht is het moeilijkst. Doorgaans is het gemakkelijker een lang artikel te schrijven dan een kort.

Met VAN DER HEYDE's (1979) eerste opmerking ben ik het volledig eens. Er zullen weinig artsen zijn die nooit bezwijken voor de verleiding een patiënt „op afstand”, bijvoorbeeld telefonisch of tijdens mondeling contact met familieleden of kennissen, te „behandelen”. Bijna altijd is dat verkeerd. In het onderhavige geval is zo iets overigens niet gebeurd. Al mijn patiënten met orthopedisch-chirurgische aspecten worden of door het hoofd van onze orthopedische afdeling of door een van zijn medewerkers mede onderzocht en (of) behandeld. In mijn werksituatie in de geriatrische afdeling van „Zonnestraal” is dat sinds jaar en dag zo vanzelfsprekend, dat ik het, korthedshalve, niet heb vermeld. Ten onrechte, dat ene zinnetje had er, om misverstand te voorkomen, best bij gekund. Het is ook dom dat ik in de tekst liet staan exorotatie in plaats van endorotatie (bl. 2130, linker kolom, regel 4 van boven).

Volledig eens ben ik het met de strekking van de tweede opmerking welke VAN DER HEYDE maakt. Hij wil, gestaafd met cijfermateriaal, graag aantonen dat algemene chirurgen even goed als orthopedisch chirurgen fracturen van dijbeenhals en bovenbeen kunnen repareren. De verstrekte cijfers bewijzen maar één ding: er zijn in Nederland veel meer algemene dan orthopedische chirurgen werkzaam. De Specialisten Registratie Commissie noch de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde beschikt over recente en exacte aantallen. Maar de heer MEEGDES, medewerker van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, kon mij mededelen, dat op 1 januari 1978 703 algemene en 198 orthopedische chirurgen officieel in ons land als zodanig werkzaam waren. Het ligt dus in de rede, dat veel meer fractuurpatiënten bij een algemeen chirurg dan bij een orthopedisch chirurg onder behandeling komen. De zaak waarom het echter gaat – en waar ik voorzichtig even op doelde – is: welke chirurg bereikt doorgaans de beste resultaten. Welnu, in het algemeen zal een bejaarde met één van eerder genoemde fracturen, die bij voorkeur niet conservatief dienen te worden behandeld, het beste kunnen worden geopereerd door een orthopedisch chirurg. Naar mijn stellige overtuiging is die uitspraak in zijn algemeenheid niet onjuist, maar juist zeer juist.

Gedurende de jaren vijftig van deze eeuw, toen de afdeling voor geriatrie en reactivering in „Zonnestraal” in een steeds groter wordende behoefte bleek te voorzien, werden talrijke bejaarde patiënten met collumfracturen die in een ziekenhuis elders waren „gepend”, voor verdere behandeling bij ons opgenomen. De betreffende chirurgen waren voortreffelijke „buikchirurgen”, maar hun osteosyntheses mislukten. Ik heb in die tijd van verschillende (meer dan vijf!) ter plaatse gevestigde huisartsen persoonlijk verno-

men dat zij hun woning niet verlieten zonder een schrijven op zak te hebben waarin stond dat zij, indien zij een been zouden breken, in geen geval in het betreffende ziekenhuis wilden terechtkomen! Er zullen in Nederland heus wel algemene chirurgen zijn die met „gouden handen” en ruime ervaring een bejaarde met een collum- of femurfractuur technisch perfect behandelen. Er zijn in ons land ook enkele orthopedische chirurgen werkzaam van wie het handwerk ondermaats is. Dat is een gevolg van het feit dat zij als specialist werden geregistreerd zonder tevoren daarvoor goed te zijn opgeleid. Wie zijn been breekt, kan beter in handen vallen van een uitmuntend algemeen chirurg dan in die van een slechte orthopeed. Wie lust heeft op deze passage te reageren zal verstandig doen eerst de inaugurale rede te (her)lezen welke een orthopedisch chirurg op 23 januari 1976 afstak na zijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar in dat vak. Niet voor niets was die rede getiteld: „Ad dubium vergens, neigend tot twijfel” (KOEKENBERG 1976).

Met opzet heb ik in het bovenstaande, door oude herinneringen op te halen, vals spel en op de man gespeeld. In onze vaderlandse „artsenwereld” kan nooit genoeg erop worden gehamerd dat casuïstiek geen bewijsmiddel vormt voor een stelregel. Vast staat wel, en dat is „des Pudels

Kern”, dat het verrichten van osteosynthese en het aanbrengen van endoprothese-materiaal superspecialistisch werk is. In landen waar de orthopedische chirurgie een aanzienlijk betere voedingsbodem vond dan ten onzent, „zijn er specialisten voor traumatologie, voor kinderorthopedie, voor scoliose-behandeling, voor prothesiologie, en specialisten voor endoprothesiologie . . . niets van dit alles gebeurt in Nederland” (KOEKENBERG 1976).

Bovendien, indien het gaat om een geriatische patiënt, is optimaal resultaat niet uitsluitend afhankelijk van de technische bekwaamheid van de operateur. Over die specifieke facetten is in dit tijdschrift in een klinische les eerder geschreven (VAN PROOSDIJ 1976) en in het boek *Het spijsverteringskanaal bij bejaarden* (VAN PROOSDIJ 1966).

Tenslotte, of het nu een algemeen of een orthopedisch chirurg betreft, geen patiënt is erbij gebaat als de dokter doet wat hij kan om te verbergen dat hij niet kan wat hij doet.

Literatuur: PROOSDIJ, C. VAN (1966) *Het spijsverteringskanaal bij bejaarden*, hfdst. 16, bl. 195. Stafleu; (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1237.

Hilversum, december 1979

C. VAN PROOSDIJ

BERICHTEN

Buitenland

FRANKRIJK

Stramoniumvergiftiging door haricots verts („Mange-tout”) uit blik. – In Dyon kregen 3 personen na het eten van haricots verts uit blik verschijnselen van atropinevergiftiging: wijde pupillen, tachycardie, verwardheid en hallucinaties. In de urine werd scopolamine gevonden. In eerste instantie dacht men aan een vergiftiging door bessen van de *Atropa belladonna*, maar in de voedselresten kon daarvan niets worden teruggevonden. Wel werden plantenresten aangetroffen die bleken te behoren tot de doornappel (*Datura stramonium*). De patiënten hadden gemeend dat het loof van de plant met opzet was toegevoegd om het produkt aantrekkelijker te maken. De schrijvers A. ESCOUSSE e.a. en B. BLETRY veronderstellen dat het mechanisch oogsten van de boontjes de oorzaak is van de vermenigving met de plantdelen. De doornappel is een vrij forse plant die wel aangeplant wordt voor de bestrijding van mollen. De schrijvers denken dat de vergiftiging wel vaker zal voorkomen, maar dat niet ieder zo gelukkig is dat de patiënten op het idee komen van een voedselvergiftiging en de voedselresten meebrengen. Zij noemen een soortgelijke voedselvergiftiging die in Engeland is voorgekomen, waarbij ook ten gevolge van het mechanisch oogsten bessen van de zwarte nachtschade (*Solanum nigrum*) in een pak diepvrieserwten waren terecht gekomen. „Mange-tout” is een aanduiding voor een soort spercieboontjes. De schrijvers vermelden hun geval onder de titel „des „Mange-tout” qui méritent leur nom”. (*Nouv. Presse méd.* (1980) 9, 255.)

GROOT-BRITANNIË

Steeds meer gevallen van makreelvergiftiging. – In 1976 kwamen de eerste gevallen van makreelvergiftiging ter kennis van het Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) van het Public Health Laboratory Centre. Men

veronderstelde dat dergelijke vergiftigingsgevallen vaker zouden voorkomen, maar niet zouden worden herkend. In 1978 vermeldde CRUICK-SHANK en WILLIAMS de vergiftiging bij 2 echtparen (dit tijdschrift (1978) 122, 1586) waarbij in één geval in nauwelijks bedorven makreel 148 mg histamine per 100 gram vis werd gevonden. De meldingen aan het CDSC bleven doorgaan en begin 1979 verzocht G. HOBBS van het Torry research station in Aberdeen, naar aanleiding van weer 6 gevallen van makreelvergiftiging in 3 maanden, om toezending van verdachte vis in bevroren toestand van alle verdachte gevallen van vergiftiging (*Communicable Disease Report*, 79/7). Hij vestigde er daarbij de aandacht op dat de vis er vaak goed uitziet en dat de smaak ervan niet of nauwelijks afwijkend is. Bij bacteriologisch onderzoek wordt meestal niets gevonden dat op een bacteriële voedselvergiftiging zou kunnen duiden. De oproep heeft succes gehad en in het *Communicable Disease Report*, 80/2 wordt een overzicht gegeven van 41 gevallen veroorzaakt door het eten van gerookte makreel, die in de periode oktober '76-november '79 ter kennis waren gekomen. In 12 gevallen konden visresten worden onderzocht, waarin histaminegehalten van 10-270 mg per 100 gram vis werden gevonden (gemiddeld 144 mg/100 g). Verder waren nog 2 gevallen van vergiftiging gemeld door het eten van makreel uit blik, één geval na het eten van een pasta van gerookte makreel, één geval na het eten van uit Chili afkomstige bonito en 2 gevallen na het eten van resp. pilchards en sprot, die tot de haringenfamilie behoren. Alles bij elkaar werden ongeveer 200 patiënten ziek; eenmaal waren er 80 zieken onder 80-155 mogelijke consumenten. Er blijkt dus werkelijk een probleem te bestaan en aan de vishandel is gevraagd de grootste zorg te besteden aan de behandeling van de vis en het handhaven van een juiste temperatuur gedurende alle fasen van behandeling en transport.

A. L. NOORDAM