

Prof. dr. J. Goslingsprijs

In januari 1981 hoopt de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen voor de 4e maal de Prof. dr. J. Goslingsprijs uit te reiken. Voor de prijs komen in aanmerking medische studenten, assistenten in opleiding en medisch-wetenschappelijke onderzoekers, bij voorkeur jonger dan 30 jaar. De prijs, bestaande uit een oorkonde en

een geldbedrag, zal worden toegekend op grond van een op de reumatologie betrekking hebbend wetenschappelijk onderzoek, weergegeven in een academisch proefschrift of in een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift.

Kandidaten wordt verzocht hun publikatie – bij voorkeur in zesvoud – alsmede een kort curriculum vitae vóór 1 oktober a.s. in te zenden aan de secretaris van het Concilium Rheumatologicum, mw. J. H. LAVÈN-PIETERSEN, Hofwijckstraat 50 te Voorburg.

INGEZONDEN

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

Laetrile en alternatieve kankerbehandeling

De in mijn ogen dwaasheden van de alternatieve geneeskunde, die aanbiedt wat niet te bieden is, hebben mij na de gedachtenwisseling tussen VERMEY e.a. en SCHOLSBERG en MOOLENBERGH (1980) bijna buiten mijzelf gebracht. De Groninger oncologen schreven ontzettend kort zeer waardevolle regels als naschrift. Als een patiënte van mij, met een mammacarcinoom, kiest voor een „alternatieve” therapie dan zijn de consequenties voor haar zelf (wat ik haar ook duidelijk maak). Als zij dan na mamma-ablatie het advies krijgt om „speciaal bietensap” te drinken (1 liter dd = f 5,90, d.w.z. f 177,- per maand terwijl zij A.O.W. geniet) ter voorkoming van latere metastasering, brengt mij dat bijna weer buiten mijzelf. Spreek mij dan als huisarts niet van „vriendschappelijk complementair zijn”. Wanneer „alternatieven” zorgen hebben over het feit dat de financieel minder draagkrachtigen ergens de dupe van worden, dan vraagt dit om „eigen hand in eigen boezem steken”. Hiermee wil ik deze „schreeuw voor de zoekende mens die goede hulp van node heeft” besluiten.

Literatuur: MOOLENBERGH, H. C. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 440. – SCHOLSBERG, H. R. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 439. – VERMEY, A. e.a. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 440.

Stadskanaal, maart 1980

P. ZWAAN

De seksualiteit na operatie wegens prostaat-hypertrofie

Collega SIKKEL-BUFFINGA (1980) schrijft in haar artikel dat er „wel enig onderzoek is gedaan” naar de coïtus-frequentie op oudere leeftijd. Ze haalt hierbij onder meer NEWMAN en NICOLS aan uit 1960. De Nederlander BRAADBAART publiceerde in 1962 de resultaten van een onderzoek in een bejaardenhuis, waarbij onder meer bleek, dat alleenstaanden op seksueel gebied weinig actief waren. NEWMAN en NICOLS kwamen tot de bevinding dat slechts 7% van de ongehuwden seksueel nog actief is. Bij gehuwden liggen deze getallen inderdaad wel hoger.

Bij mijn onderzoek (1966) bij 241 bejaarden in een huisartsenpraktijk bleek dat 62,5% van de gehuwde mannen van 65 jaar en ouder nog min of meer regelmatig cohabi-

teerde; bijna 70% van hen zelfs nog éénmaal per maand of frequenter! Tussen de 75 en 80 jaar had nog 1/5 van de mannen geslachtelijke omgang. Boven de leeftijd van 80 jaar vond geen coïtus meer plaats. In het algemeen zal dit alleen nog geschieden als de echtgenote veel jonger is. Het is derhalve uitermate belangrijk oudere mannen en hun vrouwen bij prostaatoperaties goede voorlichting en begeleiding te geven. Een taak die niet genoeg onder de aandacht zowel van de opererende arts als van de huisarts (eerste echelon) gebracht kan worden. Zeker uit dien hoofde al is het artikel van collega SIKKEL waardevol.

Literatuur: BRAADBAART, S. (1962) *Geront. Clin. 4*, 120. – FULDAUER, A. (1966) *Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk*. Proefschrift Leiden. – NEWMAN, G. en C. R. NICOLAS (1960) *J. Amer. med. Ass. 173*, 33. – SIKKEL-BUFFINGA, A. J. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 302.

Almelo, maart 1980

A. FULDAUER

Slaapstoornissen bij kinderen

Met veel belangstelling heb ik het artikel van DE MONCHY en KAPPERS (1980) gelezen. Het wordt inderdaad hoog tijd, dat van medische zijde minder bagatelliserend wordt omgegaan met slaapstoornissen bij jonge kinderen. Terrecht vestigen de auteurs de aandacht op de onleefbare situaties die kunnen ontstaan bij slecht slapende kinderen. In hun betoog mis ik echter één, naar mijn ervaring zeer belangrijk facet: de organisch-cerebrale component. Op pagina 264 wordt wel vermeld, dat bij het anamnesege-sprek ook aandacht wordt besteed aan perinatale afwijkingen, maar in de rest van het artikel vind ik hierover niets terug. Een eigen nog ongepubliceerd onderzoek, waarbij 34 kinderen, die vóór het eerste levensjaar al met slaapritmestoornissen te kampen hadden, tussen 2 en 5 jaar werden vervolgd, leverde wat dit betreft belangwekkende cijfers op. Dertig van deze kinderen gingen in hun verdere levensloop verschijnselen van het inhibitiezwaktesyndroom (MBD) vertonen. Bij het merendeel van deze 30 kinderen was sprake van belangrijke pre- of perinatale afwijkingen. Op grond van deze gegevens kan men zich afvragen of en zo ja in hoeverre slaapritmestoornissen niet mede een organische basis plegen te hebben. Het is bekend, dat MBD-kinderen een groter risico lopen, bloot te staan aan inter-

actieproblemen, die dan niet rechtstreeks causaal behoeven te zijn voor de slaapproblemen, maar zich eerder parallel daaraan ontwikkelen (DRILLIEN en DRUMMOND 1978). De taalontwikkelingsstoornissen bij 12 van de 25 door DE MONCHY en KAPPERS beschreven kinderen zouden ook in deze zelfde richting kunnen wijzen; ik acht het zeker niet uitgesloten dat ook milieufactoren tot deprivatie geleid hebben.

Het zou interessant zijn, alsnog te vernemen in hoeverre bij de door DE MONCHY en KAPPERS beschreven groep sprake is van vroege risicofactoren.

Literatuur: DRILLIEN, C. en B. DRUMMOND (1978) *Neurodevelopment problems in early childhood*. Oxford. — MONCHY, C. DE en M. J. KAPPERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 264.

Amsterdam, maart 1980

B. J. J. ANSINK

Met voldoening las ik dat ook prof. ANSINK van mening is dat slaapproblemen bij jonge kinderen niet gebagatelliseerd mogen worden. Voor een organisch-cerebraal lijden als primaire oorzaak of als trigger-mechanisme (ook wij deden de ervaring op dat slaapproblemen op zichzelf weer pathogeen kunnen werken), hebben wij in onze patiëntenpopulatie geen duidelijke aanwijzingen kunnen vinden in de voorgeschiedenis, m.n. de perinatale periode. Een verklaring voor dit verschil met de patiënten die collega ANSINK onderzocht heeft, zou kunnen liggen in de leeftijdsgroep. Mogelijk hebben verstoringen van het slaap-waakritme bij zuigelingen andere oorzaken dan bij kleuters.

De relatie met MBD is voor mij enigszins problematisch. Bij MBD-kinderen komen in de regel geen stoornissen voor op het EEG, voor zover ik weet.

Eindhoven, maart 1980

C. DE MONCHY

De voorhuid

De casuïstiek van de voorhuid door DRENTH (1979) vormt voor mij een aanleiding om de werkelijke gang van zaken bij het onderzoek naar de phimosis door de schoolarts toe te lichten.

De kinderen komen op de kleuterschool éénmaal, op de lagere school twee- tot driemaal voor het algemeen onderzoek vergezeld van één van de ouders. Op het vervolgonderwijs vindt het onderzoek één- tot tweemaal plaats; hierbij is het kind vaak niet vergezeld van een der ouders. Deze

onderzoeken kunnen resulteren in het afgeven van een verklaring van geen bezwaar tegen actieve sportbeoefening. Tijdens het onderzoek van jongens is de meest voorkomende vraag van de moeders die met hun zoon meekomen: „is het wel wijd genoeg?” Bij kinderen voor de puberteit wordt met de moeder afgesproken, dat plassen voorlopig de enige functie is voor de penis en dit dient af en toe met krachtige straal te geschieden. Hiertoe moet de voorhuid een wijde van ten minste een speldeknoop hebben. Dit wordt gezamenlijk met de schoolarts geïnspecteerd door de jongen zelf. Echter, bij mictie-klachten zoals „tuinsproeier” of „ballonnetje” wordt verwezen naar de curatieve zorg.

Bij het onderzoek in de zesde klas van de lagere school (ca. 12 jaar) wordt in gezamenlijk overleg nagegaan of de voorhuid al geheel los komt tot de kroonrand. Dit doet de jongen zelf, hij moet het „onderhoud” immers ook zelf doen. Dit onderhoud wordt hem uitgelegd. (De dagelijkse douche-beurt, die men zo gemakkelijk aanneemt, is nog niet tot alle jeugdigen doorgedrongen, ook niet in de verstedelijkte gebieden.) Het is duidelijk, dat met deze rustige aanpak er weinig gevaar voor het ontstaan van iatrogene fobieën zal zijn.

Literatuur: DRENTH, J. J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 124, 299.

Groningen, maart 1980

J. TEN BERGE

Ik ben collega TEN BERGE erkentelijk voor haar commentaar. Mocht zij in mijn artikel kritiek op de schoolartsen gelezen hebben, dan is dat zeker niet mijn bedoeling geweest. De publikatie van WAFELBAKKER (1976) heeft mij overtuigd dat de tegenwoordige opvattingen van de schoolartsen over het voorhuidonderzoek aanzienlijk terughoudender zijn dan in de jaren dat mijn patiënten A en B hun trauma opdeden. Mijn artikel is dan ook vooral bedoeld voor de curatief werkende collega's.

Ik heb één aanmerking op de formulering van mw. TEN BERGE. Als zij met de moeders afspreekt (sic) „dat plassen voorlopig de enige functie van de penis is”, dan hoop ik dat de patiëntjes zich aan deze afspraak weinig gelegen zullen laten liggen. Ik zou het echter jammer vinden als de moeders zich door deze opmerking gestijfd zouden voelen in de, toch al veel te gangbare, mening dat kinderen tot de puberteit asexueel zijn.

Literatuur: WAFELBAKKER, F. (1976) *T. soc. Geneesk.* 54, 885.

Groningen, maart 1980

J. J. DRENTH

BERICHTEN

Binnenland

Beperking in de verstrekkingen vanwege het ziekenfonds. — Met ingang van 1 april jl. heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mw. mr. E. VEDER-SMIT, enkele wijzigingen in het ziekenfondspakket aangebracht, die betrekking hebben op fysiotherapie, kraamzorg en plastische chirurgie. Voor de fysiotherapie houdt de wijziging in dat de aanspraak op één onderdeel van de verstrekking fysiotherapie wordt beperkt, nl. het aantal ap-

plicaties. Onder applicaties worden verstaan allerlei vormen van elektrotherapie (verschillende stroomsoorten of elektromagnetische golven), ultra-geluidtherapie, thermotherapie, hydro- en balneotherapie, elektro-diagnostiek. Krijgt iemand oefentherapie of massage in combinatie met dergelijke applicaties, dan kunnen per kuur maximaal 12 applicaties voor rekening van het ziekenfonds komen. Meer applicaties zijn voor eigen rekening. Pas 90 dagen na afsluiting van de fysiotherapeutische behandeling kan een nieuwe serie van 12 applicaties voor rekening van het