

TABEL 2

CLASSIFICATIE VAN DIABETES MELLITUS EN ANDERE VORMEN VAN AFWIJKENDE GLUCOSETOLERANTIE

A. KLINISCHE KLASSEN

Diabetes mellitus

Van insuline afhankelijk (IDD) – type 1

Niet van insuline afhankelijk (NIDD) – type 2

(a) geen overgewicht

(b) met overgewicht

Andere typen. Hiertoe wordt de diabetes mellitus gerekend die bij sommige aandoeningen en syndromen voorkomt: (1) pancreasafwijkingen, (2) ziekten van hormonale oorsprong, (3) ziekte-toestanden teweeggebracht door geneesmiddelen of chemicaliën, (4) afwijkingen in de insuline-receptor, (5) sommige genetische syndromen, (6) andere ziekte-toestanden.

Gestoorte glucosetolerantie

(a) Geen overgewicht

(b) Met overgewicht

(c) Gestoorte glucosetolerantie die gepaard gaat met bepaalde condities en syndromen

Zwangerschapsdiabetes

B. STATISTISCHE RISICOKLASSEN (personen met normale glucosetolerantie maar met een verhoogde kans op diabetes)

– Vroeger een afwijking van de glucosetolerantie vastgesteld

– Potentiële afwijking van de glucosetolerantie

voering van deze test over de gehele wereld alleen maar gunstig kan zijn.

De invoering van het begrip „gestoorte glucosetolerantie” is in zoverre van belang, dat niet zonder grondige redenen iemand tot diabeticus bestempeld

kan worden, wat vooral sociaal-economisch van voordeel kan zijn. Wél zal men moeten oppassen dat personen met een gestoorde glucosetolerantie niet tussen wal en schip raken. Sommigen van hen, bijv. vrouwen met een „gestoorde” GTT tijdens de zwangerschap, zullen zeker grote aandacht nodig hebben. Ook zal juist voor hen de preventieve zorg van belang kunnen zijn.

De ad interim voorgestelde classificatie is, over het geheel genomen, een verbetering t.o.v. de voorgaande. Zij maakt een duidelijker onderscheid tussen bepaalde vormen van diabetes dan de oude. Jammer is volgens ons, dat bij de indeling in klinische klassen niet alleen de „gestoorte glucosetolerantie” noodzakelijkerwijs weer opduikt, maar dat ook een begrip wordt ingevoerd dat nergens in het rapport is gedefinieerd, namelijk „zwangerschapsdiabetes”.

Wij geloven dat het van groot belang is, de patiënten zo veel mogelijk te betrekken bij de behandeling van hun ziekte, al zal niet iedere patiënt dit willen of kunnen. Het is voor ons echter de vraag of de eerste echelon in de gezondheidszorg reeds thans de preventieve, curatieve en educatieve zorg op zich kan nemen, laat staan het wetenschappelijk onderzoek, zoals in het rapport wordt aanbevolen. Wél zou o.i. in het curriculum van verschillende opleidingen een plaats moeten worden ingeruimd voor onderwijs dat op deze aanbeveling is toegespitst.

Het rapport is in Nederland te verkrijgen bij Medical Books Europe, Lochem.

LITERATUUR

WHO expert committee on diabetes mellitus (1965) *WHO techn. Rep. ser.* Nr. 310; (1980) Nr. 646.

Oktober 1980

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Oogletsel na kermisbezoek

S. DE GROOT, HUISARTS TE WOUDESEND

Dat het rijden in botsautootjes op een kermis gevaarlijk kan zijn, blijkt uit het volgende. Dit jaar moesten in een tijdsbestek van vijf dagen metaalsplinters uit of van de cornea worden verwijderd bij 52 jonge mensen die aan deze kermisattractie deelnamen. Van de patiënten, 26 jongens en 26 meisjes, in de leeftijd van 12 tot 20 jaar, droeg niet één een bril. Allen hadden ten minste één, maar meestal meer ritjes gemaakt. Allen hadden last van oogirritatie als gevolg van één of meer ingebrande metaalsplinters in

één of beide ogen; 60% van de metaaldeeltjes kon vrij gemakkelijk verwijderd worden met een corneabeitel, 40% moest weggehaald worden met behulp van een roestringboor volgens Worst. Er deden zich geen complicaties voor bij deze ingrepen, die de huisarts verrichtte. De grote hoeveelheid kleine, sterk verhitte metaaldeeltjes is afkomstig van het contactrooster van de stroomtoevoer, boven de ridders. De mate van verspreiding is afhankelijk van de grootte en het aantal elektrische vonken, die veroor-

zaakt worden door contactonderbrekingen in de elektrische stroom tijdens het rijden met de auto's. Dit is gebleken uit een onderzoek dat ingesteld werd door het Duitse veiligheidsinstituut TÜV (MEIER 1972). Daarbij werd vastgesteld dat de constructie van het stroomtoevoerende contactrooster en van de stroomafnemende beugel van de auto, de wijze van stroomaansluiting, de corrosie, de kwaliteit van de metalen vloer en de hoogte van de spanning van grote invloed zijn op het ontstaan van kleine, loslatende, hete metaaldeeltjes, die de cornea door inbranding kunnen beschadigen.

Zoals VAN DER DOES (1980) beschreef kan de huisarts soms interessante epidemiologische waarnemingen doen. In dit geval bleek de plattelandssituatie daarbij van belang te zijn. Doordat de helft van de patiënten in korte tijd door dezelfde, in dat weekend dienstdoende huisarts werd behandeld, voerde het spoor al gauw naar de plaats van het onheil, zodat

tijdig maatregelen getroffen konden worden door de autoriteiten. In een verstedelijkte streek, waar een relatief groter aantal huisartsen in een kleiner gebied werkzaam is, zou de oorzaak wellicht pas veel later zijn ontdekt. Navraag bij verschillende deskundigen verbonden aan universitaire, oogheelkundige instituten in Nederland leerde, dat dit probleem niet bekend was. Slechts één beschrijving van een dergelijk geval waarbij 22 mensen waren betrokken, kon in de Duitse literatuur worden gevonden (HUISMAN 1978).

LITERATUUR

- DOES, E VAN DER (1980) *Med. Contact (Amst.)* 35, 485.
HUISMANS, H. (1978) *Klin. Mbl. Augenheilk.* 172, 108.
MEIER, K. (1972) Technische Überwachungs-Verein Bayern, nr. 1, bl. 36.

September 1980

ARTS EN SAMENLEVING

Medische gevolgen van martelingen; een onderzoek bij vluchtelingen in Nederland

C. WARMENHOVEN, LONGARTS, H. VAN SLOOTEN, INTERNIST, N. LACHINSKY, INTERNIST, M. I. DE HOOG, HUISARTS, EN DR. J. SMEULERS, INTERNIST

INLEIDING

Er is nog weinig bekend over lichamelijke en geestelijke gevolgen van martelingen, zoals die in veel landen worden toegepast. Slechts enkele beschrijvingen van personen die werden gemarteld, zijn gepubliceerd (SMEULERS 1975; RIIS KJAERGAARD EN KEMP GENEFKE 1977; CATHCART e.a. 1979). Over de gevolgen van sensorische deprivatie is meer bekend (SHALLICE 1973), maar systematisch onderzoek naar de gevolgen van andere martelmethode is ons niet bekend. Een gericht medisch onderzoek is niet eenvoudig, aangezien martelingen plaatsvinden in landen en in situaties waar men doorgaans niet bereid is artsen voor onderzoek toe te laten. Toch is een systematisch onderzoek thans mogelijk doordat sinds enkele jaren duizenden vluchtelingen asiel hebben gekregen in vele Westeuropese landen, Amerika, Canada en Mexico. In Nederland waren in 1977 meer dan 2.000 vluchtelingen, voornamelijk afkomstig uit Latijns-Amerika; ongeveer 500 van hen waren in 't land van herkomst gemarteld. De grootste interna-

SAMENVATTING

Een algemeen onderzoek werd verricht naar de medische gevolgen van martelingen bij 43 thans in Nederland wonende vluchtelingen, afkomstig uit 9 landen. De klachten direct na de martelingen, en ten tijde van het onderzoek worden beschreven. De klachten en bevindingen bij onderzoek lopen zeer uiteen, waarbij vooral de psychische problemen groot blijken te zijn. Er zijn onvoldoende gegevens om in analogie met het post-concentratiekampsyndroom te kunnen spreken van een post-martelsyndroom. De omstandigheden zijn ook niet geheel vergelijkbaar. Het is echter een nog onbeantwoorde vraag of zich na verloop van tijd toch niet een duidelijker omschreven syndroom zal ontwikkelen. Een gevolg van o.a. dit onderzoek is dat inmiddels een centrale medische opvang voor vluchtelingen in Nederland is gerealiseerd.

Leden van de medische beroepsgroep van Amnesty International.

tionale en apolitieke organisatie die aandacht besteedt aan het verschijnsel martelen en zich inzet voor de slachtoffers ervan is Amnesty International (AI). In 1973 organiseerde AI in verband met de ernst van de situatie, een internationale conferentie