Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

The child under schoolage (a fieldstudy in general practice).
Sorsby, M. (1957) Med. Off. 97,319.
De schrijver, huisarts in Londen, trachtte een verband te vinden tussen de gezondheidstoestand van kinderen en hun omgeving. Hiertoe onderzocht hij uit zijn praktijk een aantal kinderen, die een half tot vijf jaar oud waren. Hij vergeleek hun gezondheidstoestand met de toestand van hun woning en met de houding van de ouders, in het bijzonder die van de vader, ten opzichte van het kind. Bij de kinderen werd in het bijzonder gelet op de algemene gezondheidstoestand, de psychische ontwikkeling, het voorkomen van enuresis en stotteren en op het doorgemaakt hebben van infectieziekten. Deze gegevens werden in cijfers gewaardeerd en in drie groepen, namelijk „poor", „average" en „good", gerangschikt. De conclusie, die de schrijver uit dit onderzoek meent te kunnen trekken, is dat de „goede" kinderen in de regel uit „goede" huizen stammen en „slechte" woningen geen „goede" kinderen leveren. Tussen de woning en het voorkomen van infectieziekten kon hij geen correlatie aantonen. Opvallend was echter wel, dat de „goede" kinderen weinig of geen last hadden van otitis media, terwijl de andere kinderen vaak een of meer aanvallen van otitis media in de anamnese hadden.
(Opmerking van de referent: op dit artikel is nogal wat kritiek te leveren. Zo is, wat de schrijver trouwens ook zelf reeds opmerkt, het aantal onderzochte gevallen (48) te klein om er conclusies uit te trekken. Verder vond de rangschikking grotendeels volgens subjectieve criteria plaats. Aangezien echter hierover nog vrijwel geen literatuur bestaat, is een groter opgezet onderzoek (door het N.H.G.?) zeer gewenst. Mogelijk kan het gerefereerde artikel hiervoor als uitgangspunt dienen).

J. G. Antvelink

Relationship of the bloodpressure to weight, height and body build in apparently healthy subjects, 65—106 years of age.
Master, A. M. en R. P. Lasser (1958) Amer. J. med. Sci. 235, 266.
Hoewel er vele onderzoekingen zijn gedaan over het verband tussen bloeddruk, lengte en gewicht, zijn er over deze relatie bij mensen boven 65 jaar geen gegevens gepubliceerd. Uit onderzoekingen bij mensen onder de 65 jaar was gebleken, dat zowel bij mannen als bij vrouwen de diastolische druk hoger werd bij toenemend gewicht, dat een hoger gewicht gepaard ging met een hogere mortaliteit en dat er een constante stijging was van het gemiddelde gewicht bij het ouder worden. Reeds eerder stelden de schrijvers vast, dat vrouwen boven de 65 jaar een iets hogere systolische bloeddruk hadden dan mannen van die leeftijd, maar dat de diastolische druk vrijwel even hoog was. Verder hadden zij gevonden dat na het 65e jaar de diastolische druk niet hoger werd en dat de systolische na het 70e jaar niet meer steeg.
De gegevens voor deze studie werden verkregen door middel van een enquête onder een groot aantal artsen en betroffen 2922 mannen en 2690 vrouwen, die kennelijk gezond waren. Dit aantal bleek voldoende om deze groep als representatief voor de blanke bevolking van de Verenigde Staten te beschouwen. Mannen, korter dan 65 inches (1,65 meter) en vrouwen onder 61 inches (1,55 meter) werd geclassificeerd als „kort", boven 70, respectievelijk 66 inches (1,78 meter, respectievelijk 1,68 meter) als „lang", daartussen als „middelmatig". Van elke lengtegroep werd het gemiddelde gewicht bepaald. Voor mannen was dit in de groep „kort" 65,4 kilogram, in de middengroep 70,4 kilogram en in de groep „lang" 77,6 kilogram. Voor vrouwen waren deze getallen 57,7, 62,2 en 69.0 kilogram. Meer dan tien procent onder dit gemiddelde werd beschouwd als ondergewicht, tus-

---

vervolg van pag. 35

bevolking, welke op zaterdagmiddag naar de stad komt).
Vijfendertig artsen pasten een afspraaksysteem toe, waarvan 17 volledig en 16 niet-volledig. Het bleek, dat er een statistisch significant verschil bestond tussen de kwaliteit van het werk van de artsen die een afspraaksysteem wel of niet toepasten.
In het laatste hoofdstuk geven de auteurs een overzicht over het patiëntenmateriaal en de ziekten, welke onder behandeling komen, in de trant van de onderzoekingen zoals deze in Nederland door Hogerzeil[6] en in Engeland door Logan[7] gepubliceerd zijn.
Hoewel in het hierboven beschreven artikel een duidelijk verschil naar voren komt tussen de Amerikaanse en de Nederlandse huisartsenpraktijk, zijn veel van de beschouwingen, welke de schrijvers aan hun onderzoekingen verbinden en waarvan in bovenstaande een gedeelte is overgenomen, mutatis mutandis ook van toepassing op de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Hoewel door verschillende onderzoekers hier in Nederland al eerder pogingen zijn gedaan om bepaalde correlaties uit de huisartsenpraktijk naar voren te brengen, ligt hier nog een uitgebreid veld voor onderzoekingen braak. Wellicht, dat het onderzoek, dat momenteel onder auspiciën van T.N.O. en onder leiding van collega Y. van der Wielen, wordt uitgevoerd, ook al is de doelstelling niet geheel idendiek aan die van bovenvermeld onderzoek, toch enig licht op de hier bestaande problemen zal kunnen werpen.

LITERATUUR

1. Collings, J. S. (1950) Lancet I, 555.
2. Hadfield, S. J., (1953) Brit. Med. J. II, 683.
3. Taylor S., Good general practice, (1954) Oxford University Press.
4. Cate, R. S. ten, (1954) Medisch Contact, 9, 782.
5. Quierido, A. en Kreger W. E., (1952). T. Soc. Geneesk. 30, 85.
6. Hogerzeil, H. H. W., Resultaten in een huisartsenpraktijk, (1954). Erven J. J. Tijl N.V., Zwolle.
7. Logan, W. P. D., General Practitioners' Record (1953), Studies on medical and population subjects, no 7. London: Her Majesty's Stationery Office.

sen tien procent onder en tien procent boven het gemiddelde als gemiddeld tot 24 procent erboven als matig overgewicht en daarboven als sterk overgewicht.
Vergelijking van de verschillende leeftijdsgroepen leerde, dat de leeftijd geen invloed had op de hoogte van de bloeddruk. Ook was deze niet gecorreleerd met het absolute gewicht, maar wel met het relatieve gewicht (lichaamsbouw). De gemiddelde bloeddruk voor de te lichte mannen was 140/79, voor de normalen 145/81, voor die met een matig overgewicht 148/84 en voor de zeer zwaren 151/85. Voor vrouwen waren deze getallen 151/82, 157/85, 158/86 en 160/88. Ook de absolute lengte had geen verband met het bloeddrukgemiddelde.
De hogere bloeddruk bij zwaardere mensen zou kunnen berusten op verschillen bij de meting door de dikkere spier- en vetlaag van de arm. Schrijvers geloven niet dat dit het verschil voldoende verklaart; talrijke onderzoekingen wijzen erop dat te dikke mensen eerder en vaker cardiovasculaire afwijkingen krijgen dan zij die een matig ondergewicht hebben en dat hun levensverwachting korter is. Bovendien blijkt bij vermagering de bloeddruk te dalen.

J. G. Antvelink

The common cold and the febrile catarrhs. *Roden, A. T. (1957) Practitioner 197, 659.*

De gewone verkoudheid is een acute infectie van de tractus rispiratorius, waarbij de coryza, de versterkte neussecretie, op de voorgrond staat. In het laboratorium kan het virus niet geïsoleerd worden en de chimpansee is het enige proefdier, dat gevoelig is voor het virus.
De incubatietijd bedraagt gewoonlijk 24 tot 72 uur. De algemene toestand is weinig gestoord en de temperatuur kan gedurende korte tijd wat verhoogd zijn, doch deze komt zelden boven 37.8° C. Duurt deze temperatuursverhoging echter langer, dan is er meestal een complicatie, zoals een sinusitis of andere secundaire bacteriële infectie. De ziekteduur wisselt vrij sterk, doch is bij ongecompliceerde gevallen korter dan een week. In het algemeen neemt men aan, dat de gewone verkoudheid voor zuigelingen en oude mensen gevaarlijker is, maar daar het laboratorium niet kan worden ingeschakeld om het virus aan te tonen, is dit thans nog niet te bewijzen. Daar men heeft aangetoond, dat reïnfectie met hetzelfde virus na drie weken mogelijk is, is het niet aannemelijk, dat zich een specifieke immuniteit ontwikkelt na contact met het virus. Wel echter schijnen sommige mensen resistent te zijn tegen de infectie.
Neusverkoudheid is vaak een symptoom en komt voor bij bacteriële infecties, zoals kinkhoest, streptokokkeninfecties van de keel, meningokokken- pneumokokkeninfecties en bij virusziekten, zoals mazelen, rode hond, influenza en soms bij poliomyelitis, encefalitis en virusmeningitis. Andere ziekten kunnen worden beschouwd als complicaties van een neusverkoudheid, zoals acute bronchitis en sommige atypische pneumonieën; het verband is echter niet altijd duidelijk. Een van de ernstigste ziekten, die met neusverkoudheid kunnen samengaan is de pseudocroup, de laryngotracheobronchitis, die vooral voorkomt bij kleine kinderen en waarvan verschillende bacteriën als oorzaak worden genoemd, terwijl sommige onderzoekers een virus menen te hebben gevonden.
Door het moderne kweken van virussen in weefselcultures heeft men de adenovirusgroep weten te isoleren als oorzaak van een acute infectie der luchtwegen. Serologisch onderscheidt men hiervan al zeventien typen. De incubatietijd van deze ziekte bedraagt vijf tot zes dagen. Keelpijn, koorts, neusverstoppingen en zwelling van de halslymfklieren vormen de belangrijkste symptomen. Soms is er meningismus en bij enkele epidemieën werd conjunctivitis waargenomen. Deze adenovirusgroep is dus een van de verwekkers van keelpijn. Ook in het beginstadium van poliomyelitis, hepatitis en bof kan men deze klacht horen. Bij de differentiaaldiagnostiek van keelpijn heeft men dus te maken met een grote groep afwijkingen. Behalve de reeds genoemde, komen nog in aanmerking influenza, rubeola, ziekte van Pfeiffer, infecties met het Coxsackie- en ECHO-virus, streptokokkeninfecties, difterie, angina van Plaut-Vincent, leptospirosis en lues. Daar het virologisch onderzoek vrij veel tijd vergt, zal men vaak, ook bij epidemieën, alleen op het klinische beeld moeten afgaan.

G. J. Bremer

UIT DE CENTRA

Coördinatie van studiegroepen voor psychotherapie en psychosomatiek.

In april van dit jaar werd ondergetekende door het Bestuur aangezocht voor de functie van coördinator van de studiegroepen die zich bezighouden met de psychotherapie en de psychosomatiek. Het was de bedoeling van deze functie, allereerst een soort inventarisatie te maken van de samenstelling en werkwijze der bestaande studiegroepen en verder na te gaan of er belangstelling bestond voor een of andere vorm van contact tussen de betreffende studiegroepen en te zien in hoeverre een onderling contact wenselijk en uitvoerbaar was. In overleg met collega Van Lidth de Jeude en andere bestuursleden heeft de „coördinatie" tot dusver bestaan in het leggen van persoonlijk contact met de studiegroepen in de verschillende centra, onder meer door het bijwonen van een werkbijeenkomst en voor zover mogelijk door voor- en nabesprekingen met de discussieleider of de groepsleider. Hierbij is gebleken, dat er inderdaad belangstelling bestaat voor een uitwisseling van ervaringen, terwijl het zeker ook overweging verdient, na verloop van tijd de lokale activiteiten op landelijk niveau samen te bundelen.
Tijdens individuele contacten met enkele docenten die zich reeds lange tijd met de problemen van een eenvoudige of medische psychotherapie in de algemene praktijk en met de psychosomatiek in brede zin hebben bezig gehouden, bleek ook bij hen interesse te bestaan voor de mogelijkheid van een landelijke samenwerking en medewerking werd toegezegd.
Er zijn thans zes studiegroepen onder de naam psychotherapie, psychosomatiek of integrale geneeskunde werkzaam, waarvan vier in N.H.G.-verband, namelijk in Groningen, Amsterdam, Utrecht en Twente. Het aantal deelnemende huisartsen varieert van zes tot tien. Van twee andere groepen ligt het ontstaan buiten het N.H.G. Zo worden in Rotterdam reeds enkele jaren cursussen in biografische anamnese en psychotherapie georganiseerd („Over de benadering van en het contact met de patiënt en de psychische aspecten die bij de behandeling een rol spelen", zie huisarts en wetenschap, mei 1957, blz. 26), in het kader van de artsencursussen van de Maatschappij. Deze cursussen onderscheiden zich nog in een ander opzicht van de overige, doordat zij in principe beperkt zijn tot tien avonden, waarvan vijf avonden voor theoretische inleidingen en vijf avonden voor het bespreken van eigen gevallen. In oktober starten twee nieuwe groepen van elke negen huisartsen onder leiding van twee psychiaters. Men komt eenmaal per week samen, gedurende 1½ uur, in tien opeenvolgende weken.
De werkwijze in de N.H.G.-groepen is niet aan een bepaalde tijd gebonden en komt dus meer overeen met de methode van Balint te Londen. De ervaring leert intussen, dat de Rotterdamse groepen niet altijd na tien keer ophouden, maar meer of minder regelmatig blijven samenkomen.

> Voor een uitvoerige bespreking van het type van deze bijeenkomsten zij verwezen naar de bespreking van het boek van Balint „The doctor, the patient and his illness" en het verslag van de studiegroep Groningen, (1958) huisarts en wetenschap, **1**, 155 en 176. Kort gezegd komt het hierop neer, dat door een of meer huisartsen de biografische anamnese van een probleem-patiënt wordt voorgedragen met op de volgende bijeenkomsten het verloop van de algemene behandeling en van de gesprekstherapie in het bijzonder. Daarna wordt in onderling gesprek, zonodig met behulp van de groepsleider-psychiater, nagegaan, welke emotionele en sociale factoren de arts-patiënt relatie in een bepaald geval beheersen of beïnvloeden. Veelal gaat het hier om een proces van bewustwording in een actuele arts-patiënt verhouding, van dagelijks voorkomende situaties en gevoelens waarvan wij het bestaan wel kennen, maar die wij onderschatten of niet volledig begrijpen en daardoor onvoldoende kunnen hanteren.

Ook in Leiden is een studiegroep die geheel los van het N.H.G. staat, maar waaraan enkele leden meewerken. Het