

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 onderzoeken wijzen erop dat de 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 respiratorius, 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 ziekte duurt 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 differentiaal-diagnostiek 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 Cocksackie- 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 artsen-cursussen 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

betreft hier een initiatief van Buma en Sunier, respectievelijk waarnemend directeur en psychiater verbonden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, tot een onderzoek enerzijds naar de „epidemiologie” en de preventie van de neurose en van „probleem-patiënten” in Nederland, anderzijds een onderzoek naar de bestaansmogelijkheid van een integrale geneeskunde voor de huisarts en naar de praktische hanteerbaarheid van psycho-sociale problematiek door huisartsen en bedrijfsartsen.

Het patiëntenmateriaal voor beide projecten wordt gevonden in de probleemgevallen van huisartsen te Leiden en bedrijfsartsen in enkele grote industrieën. Behalve uit genoemde personen, bestaat het team dat deze onderzoeken verricht uit: nog een psychiater, een psycholoog, een medicus-statisticus en twee maatschappelijk werkers. Bovendien wordt de medewerking gezocht van de behandelende specialist (vaak assistent van de interne kliniek van het Academisch Ziekenhuis), voor zover het somatische probleem tot een specialistisch consult heeft geleid. Op het eerstvolgende congres van het N.H.G. zal de Leidse groep een demonstratie geven van de hier aangeduide integrale patiëntenbespreking.

Volledigheidshalve moet in dit overzicht ook genoemd worden de groep van Prof. Veeneklaas te Leiden, die bij de lezer al bekend zal zijn. Deze groep staat weliswaar ook geheel los van het N.H.G., maar houdt zich toch bezig met een verwante problematiek, namelijk de integrale kindergeneeskunde. Elke veertien dagen geeft zij op een woensdagmorgen een „driehoeksbespreking” tussen een kinderarts, kinderpsychiater en socioloog, die door belangstellenden kan worden bijgewoond. Zie het artikel „Nascholing integrale kindergeneeskunde”, (1958) huisarts en wetenschap, 1, 110. Intussen zijn er plannen tot oprichting van drie nieuwe studiegroepen en er bestaat tevens een gespreksgroep van specialisten in Twente, bestaande uit twee psychiaters, twee internisten, een huisarts, een psycholoog en een revalidatiearts, die met ondergetekende contact heeft gezocht en die zich wil bezighouden met de vragen rondom een werkelijk integrale, meer menselijke geneeskunde in de ziekenhuiswereld. Deze groep heeft zich gevormd op basis van de ontoereikendheid van de veelal onbevredigende routine-diagnostiek en behandeling en zij verwacht, aldus de initiatiefnemers, dat een verandering van de huidige werkwijze en mentaliteit in het medisch denken en handelen alleen vruchtbaar kan zijn door nauwe samenwerking met huisartsen.

In het kader van dit overzicht past ook een mededeling over de oprichting van een kleine studiegroep die zich zal toeleggen op de „wijsgerige antropologie” en de filosofische grondslagen van een psychosomatische, integrale of antropologische geneeskunde.

In hoeverre de tot dusver verzamelde gegevens aanleiding kunnen zijn, het coördinatiewerk nu reeds uit te breiden en meer vaste vorm te geven, zal met de studiegroepen zelf en met het Bestuur nog nader besproken moeten worden. In dit verband zal het onder meer nodig zijn, in de eerstvolgende maanden een landelijke coördinatiecommissie te vormen, aangevuld met specialisten en adviseurs.

Het is verder de bedoeling een bijeenkomst van de verschillende groepsleiders te beleggen. Op die bijeenkomst zal onder meer gesproken worden over de plannen voor een werkconferentie voor alle studiegroepen in 1959 of later en over de mogelijkheid, in de toekomst het materiaal van de „pro-

bleem-patiënten” uit de diverse groepen op uniforme wijze landelijk te bewerken.

Nadat iedere groep een zekere ervaring heeft gekregen in het opnemen en interpreteren van een biografische anamnese, zal er immers behoefte ontstaan aan een wetenschappelijk verantwoord follow-up van de in de groepen behandelde gevallen. Wanneer dit materiaal verzameld en bewerkt wordt, zal mede hieruit beoordeeld kunnen worden, welke vorm van (gespreks)therapie voor welke patiënten (en voor welke artsen) geëigend is en op welke punten de arts in dezen het meest nascholing behoeft.

R. C. Veldhuyzen van Zanten

UIT DE NOTULEN

Bestuursvergadering van 11 september 1958

Zeër tot haar spijt moet de vergadering het ontslag aanvaarden van Dr R. S. ten Cate als voorzitter van de studiegroep „Praktijkvoering”. De voorzitter brengt hulde aan deze dynamische en eminente initiatiefnemer die — door persoonlijke omstandigheden gedwongen — zich voorlopig terug moet trekken. Spreker herinnert — voor zover betreft het Genootschap — aan het aandeel dat Ten Cate heeft gehad in de oprichting van het N.H.G. en aan zijn werkzaamheden in de studiegroep „Praktijkvoering”. De vergadering verzoekt Van Deen ad interim het voorzitterschap van de studiegroep te willen bekleden.

In één van de twee vacatures in de Commissie van Redactie van „huisarts en wetenschap” wordt benoemd G. J. Bremer, huisarts te Nieuwkoop.

Evenals in de vorige bijeenkomst begeeft de vergadering zich in een uitgebreide discussie over de sociaal-geneeskundige scholing van de huisarts.

Uitgangspunt van deze discussie is de afwijkende interpretatie van het woord „sociale geneeskunde” in de zin, zoals de huisarts die heeft ontwikkeld. Spreekt de sociaal-geneeskundige over de sociale geneeskunde als een geneeskunde die zich bezig houdt met de gezondheid der societas en denkt deze daarbij in hoofdzaak aan groepen en objecten, de huisarts bedoelt hiermede de geneeskunde die zich bezig houdt met de sociale omstandigheden van het individu. In deze laatste zin is de sociale geneeskunde een geneeskunde die zich richt op de milieu-omstandigheden van het individu en dan in een objectieve benadering.

Op grond van bovenstaande spreekt de vergadering als haar oordeel uit dat het nuttig zou zijn indien de huisarts tijdens zijn opleiding op wetenschappelijk niveau werd ingelicht omtrent de relatie die er bestaat tussen mens en gemeenschap, dat wil zeggen omtrent de normale relatie, omtrent de ontwikkeling van deze relatie, omtrent de normale verschillen die zich bij deze relatievorming voordoen en omtrent de stoornissen die zich in deze relatieontwikkeling kunnen manifesteren. Aangezien de huisarts naast „lijfarts van individuen” ook gezinsarts is, wordt door de vergadering voorgestaan een wetenschappelijke voorlichting ten aanzien van een gezinssociologie, waarbij de ontwikkeling en de involutie van het gezin, stoornissen in gezinsontwikkeling (mede onder invloed van ziekte) met name worden genoemd. Dr. F. J. A. Huygen wordt opdracht gegeven in een memorandum te komen tot nadere formulering van bovenstaande wensen.

De vergadering besluit het Ledencongres voor te stellen tegevoegd te komen aan de wensen aan het Ministerie van Justitie ten aanzien van de Statuten. Ingewonnen juridisch advies maakt duidelijk dat de omschrijvingen van de status van aspirant-werkende leden van de status van werkende leden zoals neergelegd in de door het Congres 1957 aangenomen statuten, niet zijn te handhaven. Bovendien zijn zodanige bezwaren ingebracht tegen formulering van de voorwaarden voor het werkend lidmaatschap, die bij Huishoudelijk Reglement geregeld zouden worden, dat de vergadering besluit — mede uit andere overwegingen — het Ledencongres voor te stellen geen speciale voorwaarden te verbinden aan het lidmaatschap van het Genootschap. Tot slot van de vergadering wordt een bespreking gewijd aan het programma van het Congres 1958, hetgeen elders in dit blad wordt aangetroffen.

K. G. Brühl, secretaris

INHOUD

	Blz.
N.H.G.-congres 1958	19
J. de Graeff: Diuretica	20
W. Luyendijk: Het neurologisch onderzoek van de bewusteloze patiënt	26
R. S. ten Cate: Analyse van huisartsenpraktijken in Amerika	31
Referaten	36
Uit de centra	37
Uit de notulen	38