

op het uitstekende artikel op bladzijde 616 van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, verschenen op 29 maart 1958, getiteld „Syndroom-verschuiving en syndroom-onderdrukking” door Groen, Bastiaans en Van der Valk.

Aan de beschouwingen over de therapeutische consequenties ontleen ik het volgende:

„Men vraagt zich immers af: In hoeverre hebben wij een patiënt geholpen, wanneer wij hem in plaats van bij de psychiater, bij de internist, of omgekeerd, onder behandeling hebben gebracht?

Het eerste antwoord, dat men op deze vraag zou geven, is dat de in zulke gevallen toegepaste therapie onvoldoende is geweest en dat een werkelijk radicale therapie tot algehele gezondheid zou moeten leiden. Dat klinkt logisch, maar in de praktijk is het met deze „totale” of „omvattende” therapie niet zo eenvoudig gesteld.

Zowel aan onze organische behandeling als aan onze psychotherapie zijn grenzen gesteld, doordat de wetenschappelijke mogelijkheden beperkt zijn en het aantal artsen met de hun ter beschikking staande tijd niet groot genoeg is in verhouding tot het aantal patiënten.

Zowel in de persoonlijkheidsstructuur als in de externe situatie kunnen verder de moeilijkheden zo groot zijn, dat zij een „restitutio ad integrum” onmogelijk maken.

Zo zijn we dus in de praktijk gedwongen te streven naar het best bereikbare. Gelukkig zijn aangepast gedrag in de maatschappij en een bevredigende lichamelijke en geestelijke gezondheid wel verenigbaar met enige psychische en somatische onvolkomenheden. Zelfs al betekenen veel van onze therapeutische bemoeiingen dus slechts verschuiving of onderdrukking van een syndroom, toch kan de goede clinicus vaak nog iets bereiken door ervoor te zorgen, dat de verschuiving tenminste in de goede, dat wil zeggen voor patiënt en zijn omgeving meer aanvaardbare richting plaats vindt.”

Deze beschouwing is ook van toepassing op het heden besproken onderwerp.

De toenemende specialisatie in de medische wetenschap en het toenemen van het aantal specialismen houdt een bedreiging in voor inzichten die rekening houden met de psycho-fysische totaliteit van de zieke mens.

Men dient te waken voor die wijze van beoefening van de wetenschap, die de mens, als psycho-fysische eenheid, in delen uiteen doet vallen. De huidige taak van de huisarts is mede gelegen in het nemen van die maatregelen, die de patiënten moeten beschermen tegen de steeds toenemende specialisatie in het medische beroep, dat wil zeggen tegen te eenzijdig gerichte denkschema's.

Men bedenke evenwel, dat zonder de huidige vormen van specialisatie de medische wetenschap geen vooruitgang zou kunnen boeken, de huisarts zijn beroep niet met resultaat zou kunnen uitoefenen en in zijn roeping geen bevrediging zou kunnen vinden.

## Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP  
ARTIKELDOCUMENTATIE

**Reactions to benzathine penicillin.** *McFarland, R. B. (1958) New Engl. J. Med. II, 62.*

Benzathine-penicilline G is werkzaam tegen infecties, veroorzaakt door microorganismen, die gevoelig zijn voor de betrekkelijk lage penicilline spiegel in het bloed, mits deze concentratie lang genoeg wordt gehandhaafd. Bij de Amerikaanse strijdkrachten geeft men 600.000 E in één injectie om epidemieën van streptokokkeninfecties te voorkomen of te genezen. Het grote probleem wordt gevormd door de allergische verschijnselen, die kunnen optreden. Na 12.858 injecties zag de schrijver 175 patiënten met allergische reacties; 7.751 mannen kregen 600.000 E, waarna 89, of 1,4% allergische reacties vertoonden; de overige 5.107 mannen kregen 1.200.000 E en hierbij waren 86 gevallen van allergische reacties, of 1,68%. De ernst van de verschijnselen liep vrij sterk uiteen. Men zag lichte urticaria, die een tot twee dagen duurde en gevallen van serumziekte, die verscheidene weken bleven bestaan. Gevonden werden: koorts, jeuk, huiduitslag, pijnlijke en gezwollen gewrichten, lymfklierzwellingen en algemeen onwelzijn. Zeer vaak zag men grote blaren, die soms hemorragisch werden, een enkele keer trad erythema nodosum op; 37 patiën-

*De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij J. G. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven.*

ten hadden alleen huidverschijnselen, 130 hadden, behalve huiduitslag, ook subcutaan en periarticulair oedeem.

De reacties begonnen meestal acht tot vijftien dagen na de injectie; er waren er echter ook, die reeds op de eerste dag begonnen en zelfs, die na 40 tot 50 dagen optraden. Kenmerkend waren ook recidieven na een schijnbaar herstel.

De invloed van de therapie die bestond uit antihistaminica in de lichte gevallen, samen met cortison in de zwaardere gevallen, was niet overtuigend.

Voordat men de toediening van dit penicilline aanraadt, is het van belang na te gaan of er een overgevoeligheid bestaat voor benzathine-penicilline. Het lijkt juist om patiënten, die in hun anamnese een overgevoeligheid voor penicilline hebben, uit te sluiten.

S. H. H. Berghuis

**The evaluation of physical ability.** *Hanman B. (1958) New Engl. J. Med. I, 986.*

De schatting van invaliditeit is van groot belang, niet alleen voor de bedrijfsarts maar ook voor de huisarts. Door een goede schatting is hij in staat, zijn patiënten voor te schrijven wat ze wel en niet kunnen en mogen doen. Het gaat er om dat de minder valide met zijn overgebleven functies zo goed mogelijke resultaten kan boeken. Men komt hierbij niet ver met subjectieve uitlatingen zoals: „kalm aan”, „licht werk”, „niet klimmen” en dergelijke.

De mening die de arts weergeeft wordt door de patiënt of de werkgever niet altijd goed begrepen, waardoor de uitwerking verloren gaat en tot nadeel leidt van beide partijen. Ook een beoordeling op grond van de invaliditeit alleen heeft bezwaren. De patiënten worden dan in groepen ondergebracht die corresponderen met bepaalde diagnoses van ziektebeelden. Onderling verschillen astmapatiënten bijvoorbeeld evenveel als kaalhoofdigen en bij éénarmigen vindt men dezelfde verschillen als bij normale personen, afgezien van het gebrek. Op deze manier werkt men met gemiddelden waar-

bij het individu aan de groep wordt opgeofferd. Een bezwaar is verder dat de meeste nadruk valt op het gebrek en dat de positieve hoedanigheden van de invalide ongunstig worden beschouwd en beoordeeld. Hanman geeft een methode aan waarbij objectieve criteria worden ingevoerd zoals uren en gewichten om de duur en de grootte van de toelaatbare activiteit aan te geven. Bijvoorbeeld wordt in plaats van het advies „niet te veel klimmen”, getracht om in tijdsseenheden aan te geven hoe lang de patiënt per dag in totaal mag traplopen: een kwartier, half uur of uur. Men beseft echter dat ook deze maten slechts de mening van de beoordelende arts aangeven en niet een vaststaand feit uitdrukken, maar het is wel mogelijk, die mening door te geven aan andere belanghebbenden. Het voordeel is dat elke patiënt op zichzelf wordt beschouwd, dat men niet met gemiddelden werkt en dat ook de positieve bekwaamheden van de patiënt naar voren worden gebracht. De diagnose kan er buiten worden gehouden en is alleen aan de arts bekend.

De vragen, die men zich bij de beoordeling moet stellen zijn:

a. Waarvoor is deze patiënt lichamelijk geschikt?

b. Welke werkzaamheden kan de patiënt doen, hoeveel en hoe lang?

c. Welk risico mag hij lopen bij een redelijke veiligheid?

Om deze vragen te beantwoorden wordt een lijst gemaakt waarin werkzaamheden worden opgesomd zoals lopen, springen, staan, tillen, knielen, horen, zien enz. Daarnaast komt een lijst van de omstandigheden waaronder gewerkt kan worden, warmte, koude, vochtigheid, droogte, stoffigheid, hoge plaatsen enz.

In totaal worden ongeveer 80 criteria gesteld. De arts kan hierbij de tijd en de gewichten aangeven en bepalen welke omstandigheden schadelijk zijn voor de patiënt. Deze lijst kan toepasselijk gemaakt worden voor een periode van 24 uur, waarbij gedacht wordt aan huishoudelijke werkzaamheden of voor een periode van 8 uur, waarbij de nadruk valt op de toepassing in het bedrijf waar de patiënt werkt of zal gaan werken.

S. H. H. Berghuis.

**Een klinisch belangrijke vorm van cascade-maag.** *Slooff, J. en W. Tegelaers (1957) Maandschr. Kindergeneesk. 25, 12.*

In 1948 beschreven enkele Franse onderzoekers een ziektebeeld bij zuigelingen, dat in hoofdzaak bestaat uit braken tijdens of na de voeding en onafhankelijk is van de samenstelling van het voedsel. Dit braken heeft een explosief karakter en gaat gepaard met pijn. Het treedt onmiddellijk na de geboorte op of pas na enkele maanden. Peristaltiek in de buik wordt nu eens niet, dan weer wel in beperkte mate waargenomen. Het kwam zowel bij borst- als bij fleskinderen voor. De pijn treedt vooral op na de eerste voeding, kan zeer hevig zijn en met collapsverschijnselen gepaard gaan.

De oorzaak bleek te liggen in het in tweeën delen van het maaglumen, veroorzaakt door druk door het rijden op een met gas gevulde darm (colon transversum), op de nierpool of op het pancreas. Wellicht zijn ook alleen de ingeslikte lucht en de onmogelijkheid tot opboeren de oorzaak der klachten. Mogelijk zijn ook de wijde onderste thoraxapertuur en de slecht ontwikkelde maagmusculatuur van de zuigeling, die pas op eenjarige leeftijd haar volledige ontwikkeling bereikt, predisponerende momenten voor het ontstaan van de cascade-maag. Verder blijkt de aandoening vaak gevonden te worden bij patiënten, bij wie op latere leeftijd een vegetatief-neurotische persoonlijkheid blijkt te bestaan.

De ontlediging van de maag blijkt in liggende houding niet te gelukken en er ontstaat het beeld van een ileus. Rechtop zetten of op de buik leggen herstelt de passage. Röntgenologisch is dit fraai vast te stellen.

Bij zuigelingen komt de cascade-maag veel voor. Als regel verdwijnen de klachten spontaan na enkele maanden, maar ook kan de aandoening leiden tot ernstige atrofie en dood. Meestal acht men bij volwassenen de cascade-maag niet zeldzaam, maar van weinig betekenis.

Op het röntgenschermbild ziet men, dat de eerste slokken contrastvloeistof onmiddellijk na passage van de oesofagus in een schaal lijken te vallen. Er boven ontstaat een steeds groter wordende luchtbel, die door druk naar boven klachten geeft,

in de vorm van pijnlijke spanning na de maaltijd, palpitations en angst.

Hoewel dus de cascade-maag anatomisch veel voorkomt, bevreemde het de schrijvers het ziektebeeld niet frequenter aan te treffen. Toch moet explosief braken bij jonge zuigelingen, gepaard gaande met pijn, doen denken aan deze afwijking.

De therapie is eenvoudig, namelijk te zorgen, dat passage kan plaats vinden door het kind tijdens de voeding rechtop te houden of op de buik te leggen.

H. E. G. Pilon.

**59-003 Butazolidine et phlébites superficielles.** *Bourde, G. en P. Bernard (1958) Presse méd. 66, 1268.*

De farmacodynamische eigenschappen van Butazolidine zijn antipyretisch, antiuricemisch, pijnstillend en ontstekingsremmend. Verder veroorzaakt het retentie van water en zout en remt het de functie van het beenmerg, waardoor een matige trombocytopenie en een leukocytopenie kunnen ontstaan. Mogelijk heeft Butazolidine ook een antistollingswerking. Bekend is ook, dat er maag- en darm-ulcera door kunnen ontstaan.

Voor de behandeling van de oppervlakkige flebitis is de ontstekingsremmende werking van Butazolidine het belangrijkste. Bij de oppervlakkige flebitiden onderscheiden Bourde en Bernard drie vormen, namelijk flebotrombose van varikeuze venen (met of zonder periflebitis), tromboflebitis in niet veranderde vaten en endophlebitis zonder periflebitis en zonder trombose („phlébite fil de fer”). Vooral bij de oppervlakkige flebitiden zonder duidelijke varices heeft Butazolidine een voortreffelijke werking.

De schrijvers hebben 41 patiënten met Butazolidine behandeld, waarvan negen met oppervlakkige venetrombose, vijftien met oppervlakkige tromboflebitis, dertien met ontstoken huid en subcutis in varikeus gebied en vier met reacties na scleroserende injecties. Bij 33 patiënten kon het resultaat van de behandeling worden beoordeeld. Hiervan was het resultaat in 28 gevallen zeer goed tot goed (pijn en ontstekingsverschijnselen verdwenen) en in vier gevallen matig; in één geval werd geen verbetering bereikt.

Het Butazolidine werd niet langer dan een week gegeven, namelijk drie dagen driemaal daags twee tabletten of tweemaal daags een suppositorium, gevolgd door vier dagen tweemaal daags twee tabletten of eenmaal daags een suppositorium; gebruikt werden tabletten van 100 mg en suppositoria van 250 mg.

In zes gevallen zagen zij bijwerkingen, namelijk vluchtig erytheem, tijdelijke verergering van de pijn, branderig gevoel anorectaal en jeuk in een onderbeen-eczematide telkens eenmaal en hevige pyrosis tweemaal.

De schrijvers beschouwen Butazolidine — mits met de nodige voorzichtigheid gehanteerd — als een aanwinst bij de behandeling van de oppervlakkige flebitis.

N. Bessem

In een „Editorial” wordt in het februari 1959 nummer van *Journal of the College of General Practitioners* de schijnwerper gericht op het verschijnen van het eerste deel van „morbidity statistics from general practice” (1958, prijs 15 s. 6 d). In het onderzoek zijn 382.829 personen betrokken, waarover 171 huisartsen berichten.

Vele deelnemers aan dit morbiditeitsonderzoek menen, dat de eenvoudige eisen, die door het participeren aan het onderzoek worden gesteld, een onevenredig groot effect hebben op de kwaliteit van hun werk, onder meer door de extra aandacht, die nodig is om korte aantekeningen van elk consult te maken.

„The design of even a simple piece of research to be carried out in one's own practice, and the effort required to accumulate conscientiously the material and information for this, are powerful incentives to closer study of the problems presented by each patient. Thus good work becomes better.”