

Het kan nodig zijn in plaats van keukenzout natriumlactaat toe te dienen, ter bestrijding van de acidose; of om aan de vloeistof kaliumzouten toe te voegen, wanneer er een kaliumtekort is. Het belangrijkste is echter: veel en snel water en zout te geven, bij voorkeur intraveneus. Er komen nu toedieningssystemen\* in de handel, vervaardigd van polyvinyl, die ieder in zijn auto paraat kan heb-

ben. Een dergelijke intraveneuze therapie is daarmee dus binnen het bereik van de huisarts, die aldus een belangrijke eerste hulp zal kunnen geven.

\* Bij het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis kan men een steriel verpakt plastic toedieningssysteem voor eenmalig gebruik bestellen; kosten f 1,35.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

59—038 **Verwenning en verwaarlozing.** *Salomé-Finkelstein, A.B.P. (1958) Ned. T. Psychol. 13, 475.*

Onder opvoeding kunnen wij verstaan elke beïnvloeding van de ontwikkeling van het individu vanaf de geboorte tot volwassenheid. De lange jeugd van de mens biedt ruimschoots gelegenheid voor deze beïnvloeding, die al naar de aard en de intensiteit tot zulke verschillende resultaten kan leiden. Hoewel de individuele aanleg bij de opvoeding niet uit het oog mag worden verloren, moet aan de invloed hiervan niet een te grote betekenis worden toegekend, daar dit gemakkelijk kan leiden tot een therapeutisch pessimisme. Volgens Conrad kan de aanleg alléén nooit de feitelijke ontwikkeling bepalen, doch slechts de grenzen waarbinnen de ontwikkeling mogelijk is; steeds zullen het factoren van de buitenwereld zijn die beslissen over de nauwkeurige plaats binnen de door de aanleg gestelde grenzen (Van der Waals).

Het individu staat in voortdurende wisselwerking met zijn omgeving en moet zich leren aanpassen aan de in de buitenwereld aanwezige levensgewoonten en de door de buitenwereld gestelde eisen. Rekening houdend met de gedurende het ontwikkelingsproces in het op te voeden kind gevormde besluiten, die voortkomen uit zijn eigen innerlijk, uit zijn „eigen zijn zoals het is” (Langeveld), moet de opvoeder zich concentreren op dit aanpassingsproces en hieraan leiding geven. Hij maakt hierbij gebruik van gewoontevorming, gewenning en dressuur. Door gewoontevorming, welke kan worden omschreven als het telkens stellen van dezelfde daden onder gelijke omstandigheden, ontstaat een mechanisatie die leidt tot tijdwinst; een mens zonder vaste gewoonten moet elke handeling nauwkeurig regelen door het bewustzijn waardoor de tijd ontbreekt voor ontplooiing van zijn talenten en begaafdheden. Daar een te late gewoontevorming veel schade kan berokkenen aan het individu, wordt het zeer belangrijk geacht reeds in de eerste kinderjaren te beginnen met dressuur en gewoontevorming.

Een goede gewoontevorming kan slechts ontstaan in een goede affectieve relatie met de opvoeder waardoor het identificatievermogen wordt ontwikkeld, namelijk de beleving van eenheid met de opvoeder, het weten wat zijn gedrag voor deze en in wijdere zin voor zijn medemensen betekent. Door een goede gewoontevorming komt een gewenning tot stand; de mens is in staat tot zelfdiscipline en gedisciplineerd gedrag. Hij is aangepast, verricht zijn werk met plezier, heeft een goede relatie met zijn medemensen en kan tegenslagen en verdriet dragen.

Aan de hand van enige voorbeelden uit de praktijk bespreekt de auteur de gevolgen van verwenning en verwaarlozing. Men kan reeds spreken van verwenning — verkeerd wennen — als men het kind in alles zijn gang laat gaan. Door het ontbreken van dressuur en gewoontevorming heeft het kind niet geleerd zich te verzetten tegen zijn impulsen en driften, het zal steeds gemakkelijker toegeven aan neigingen, steeds meer zijn lustgevoelens najagen en onlust trachten te ontwijken. Het kind krijgt een verkeerde relatie tot de hem omringende buitenwereld (sociale disharmonie), het groeit niet uit tot

een volwaardige persoonlijkheid. Verwenning is een vorm van pedagogische verwaarlozing door het ontbreken van leiding en van een vaste lijn in de opvoeding.

Verwaarlozing in engere zin treedt op indien het kind in zijn jeugd in materieel en vooral in affectief opzicht tekort is gekomen. Fenomenologisch hebben verwenning en verwaarlozing grote overeenkomsten: gebrek aan gevoelswarmte, aan wilskracht en aan concentratievermogen; sterke beïnvloedbaarheid en beperking van interessekring en intellectuele belangstelling; zwakke binding aan de omgeving en neiging tot zwerfen; sexuele ongedisciplineerdheid, onrust tot werken en studeren; prestatieinsufficiëntie, doordat de driftverslaving teveel energie opeist.

Gaat het bij verwenning om een „teveel” in de jeugd, bij de verwaarlozing is er een „tekort”. In beide gevallen is er een zoeken naar veiligheid en bescherming. De tot volwassenheid gekomen individuen van de eerste groep willen zich blijven koesteren in hun jeugdsituatie; ze blijven in de kinderlijke spelsfeer van het verleden — in het spel kan het kind immers heer en meester zijn van zijn objectwereld en van zichzelf — zij kunnen en willen geen heden en geen toekomst zien. Bij de tweede groep is er eveneens sprake van onzekerheid, maar deze personen zoeken naar vergoeding van het tekort gekomene in het verleden en het heden en zij richten zich juist op de toekomst. Daar iets afwennen veel moeilijker is dan iets aanwennen, is juist verwenning de meest fatale vorm van pedagogische verwaarlozing. Dr. H. Takens.

59—040. **Über Vakzine-Antigen. Versuch einer Prophylaxe neuraler Impfschäden.** *Herrlich, A. (1959) Münch. med. Wschr. 1, 12.*

Het probleem van de postvaccinale encefalitis houdt nog steeds vele onderzoekers bezig. Daar ook in Beieren deze complicatie vóórkomt, wordt door de Beierse „Landes-Impfanstalt” naar wegen gezocht, om de postvaccinale encefalitis te voorkómen. Een van de grote moeilijkheden is, dat men nog steeds niet met zekerheid weet, of de encefalitis een virusziekte, dan wel een allergische reactie is. Het is reeds lang statistisch bewezen, dat speciaal primovaccinaties na het tweede levensjaar de meeste kans op complicaties bieden. Revaccinaties gaan maar zelden gepaard met encefalitis. De laatste jaren wordt nu getracht, om bij primovaccinaties een zelfde conditie te bereiken als bij revaccinaties. Gispén c.s. hebben dit geprobeerd met gammaglobuline, wat een redelijk succes opleverde. Men verwekt dus een tijdelijke passieve immuniteit, terwijl men ondertussen actief immuniseert.

Een andere mogelijkheid — van Nederlandse zijde is deze methode door Verlinde bewerkt — is het doen ontstaan van een actieve immuniteit door een inactief virus en het daarna vaccineren met een actief virus. De schrijver heeft kunnen aantonen, dat bij enting met een door formaline inactief gemaakt vaccin een drie weken durende, hoofdzakelijk humorale immuniteit ontstond en een zeer zwakke histogene immuniteit. Als hij nu acht dagen na deze vaccinatie ging vaccineren met actief (normaal) vaccin, kreeg hij bij 69 procent van

zijn entingen een zogenaamd „accelerated reaction”. Tot nu toe zijn door hem 230 kinderen, waarvan 220 boven de twee jaar, volgens deze methode geënt. De gebruikte dosis vaccinantigeen was bij zuigelingen 0,3 cc, bij kinderen tot zes jaar 0,5 cc en bij oudere kinderen 0,7 cc, diep subcutaan toegediend. Hoewel geen gevallen van encefalitis werden waargenomen, meent de auteur, dat zijn aantal nog veel te gering is, om daaruit conclusies te kunnen trekken.

M. Reyser

59—046. Inapparent and subclinical pyelonephritis. *Leading article (1959) Lancet I, 1265.*

In dit artikel wordt er op gewezen, dat een acute pyurie, en vooral de recidiverende, niet zo'n onschuldige lijden is als het vaak lijkt en dat het beschouwd moet worden als de meest voorkomende oorzaak van chronische nefritis en daardoor van secundaire hypertensie. De meeste gevallen van pyelonefritis worden echter niet gediagnostiseerd. „Follow-up-studies” (bijvoorbeeld Woodruff en Everett) bij kinderen met acute urineweginfecties leren dat de acute pyurie niet zo'n simpele aandoening is en vaak tot een chronische ziekte wordt. Maanden na het acute stadium zijn nog pyogene microorganismen in de urine aan te tonen. Sanford beschouwt de pyelonefritis dan ook als een chronische aandoening met acute exacerbaties in de vorm van cystitis of pyelitis.

Herkenning van deze onduidelijke ziektebeelden is nodig om tot een doelmatige therapie te komen en daardoor het ontstaan van complicaties te voorkomen. Wellicht dat patiënten

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

met vage rugklachten en onverklaarbare temperatuursverhogingen bij het urineonderzoek blijken te lijden aan een subklinische vorm van chronische pyelonefritis.

Voor de diagnose is de vaststelling van bacteriurie van meer belang dan de pyurie. Het blijkt dat het voorkomen van meer dan 100.000 microorganismen in de (verse) urine wijst op het bestaan van een pyelonefritis (Kass), terwijl minder dan 10.000 kiemen waarschijnlijk door besmetting van het specimen door huidbacteriën wordt veroorzaakt. Kass wijst er op, dat ook voor vrouwen heel geschikt „midstream”-urine voor het onderzoek kan worden gebruikt. Aangezien minder dan 10.000 kiemen per ml in het gekleurde preparaat niet aan te tonen zijn, betekent een positieve uitstrijk dus, dat er meer in de urine aanwezig zijn. Het onderzoek van het gekleurde preparaat geeft dan ook in 80 procent der gevallen voldoende opheldering.

J. G. Antvelink

59-049 Vaccination technique and the control of smallpox epidemics. *Cross, R. M. (1959) Lancet I, 1092.*

Voor de primovaccinatie tegen pokken heeft men in de loop der jaren verschillende methodes toegepast. Eén is die, waarbij men door een druppel vaccin in een gebied van ongeveer drie mm doorsnede multiële intracutane puncties doet; bij een baby dertig en bij een volwassene zes tot tien puncties. Daartegenover staan de scarificaties, die in wisselend aantal en in wisselende grootte gegeven worden. Uit serologische onderzoeken is nu gebleken, dat het aantal en de grootte van de ontstane pokpuisten geen invloed hebben op de graad van de uiteindelijk verkregen immuniteit, maar wel kwam vast te staan dat de snelheid van de immunisatie afhankelijk is van de grootte van de pokpuist.

Een pok die op de achtste dag kleiner was dan  $1\frac{1}{4}$  cm — wat kan door een minder actief vaccin óf door een te korte scarificatie — bleek onvoldoende te zijn. Indien men namelijk een patiënt met een dergelijke pok op de achtste dag opnieuw ent in een scarificatie van ruim  $\frac{1}{2}$  cm, ontstaat op de zestiende dag een pok van ruim  $1\frac{1}{4}$  cm, terwijl ook de eerste tot die grootte uitgroeit.

Dit fenomeen blijft achterwege als men primair met een flinke scarificatie begint. De consequentie hiervan is, dat men dit ten tijde van een epidemie dient te bedenken om de immuniteit zo snel mogelijk op te voeren.

J. Grijns

## BOEKBESPREKING

*Dr. J. T. Buma. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Leiden 1959. 98 bladzijden. f 5,—.*

Buma, die vooral bekend is geworden door zijn in 1950 verschenen proefschrift over „De huisarts en zijn patiënt” en die hiermee de belangstelling voor de functies en status van de huisarts nieuw leven heeft ingeblazen, heeft thans een nieuwe publikatie het licht doen zien. Blijkens de ondertitel werd de situatie-analyse, die in deze publikatie wordt weer gegeven, uitgevoerd in samenwerking met de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Maar het is niet daarom, dat dit boek de aandacht van alle huisartsen en in het bijzonder de leden van het N.H.G. verdient.

In zekere zin is het nieuwe boek als een vervolg op Buma's proefschrift te beschouwen. Een aantal factoren, die al in zijn dissertatie worden genoemd is in de „Beschouwingen” nader uitgewerkt en geconcretiseerd. De schrijver gaat uit van een onderzoek, dat hij in een tiental huisartsenpraktijken in Nederland verrichtte. Hij ging hierbij na hoeveel patiënten door deze huisartsen op een willekeurige dag werden gezien en deelde deze patiënten daarbij in een aantal groepen in. De hierbij verkregen uitkomsten vergeleek hij met die, welke anderen bij soortgelijke onderzoeken verkregen. Zijn bedoeling was om de plaats van de huisarts in het geheel der voorzieningen van de Nederlandse gezondheidszorg te bepalen. Het is onmogelijk om alle gedachten en conclusies van de schrijver weer te geven; op slechts enkele wil ik hier de aandacht vestigen.

De gezamenlijke huisartsen komen, blijkens enkele berekeningen, dagelijks met 1,5 tot 1,9 procent van de bevolking in aanraking. Waarschijnlijk blijft slechts eenderde van de bevolking gedurende een jaar onbehandeld. Omdat dus zoveel mensen met klachten bij hun huisarts komen, zou een periodiek geneeskundig onderzoek weinig zinvol zijn. Uit de taak-analyse van de huisarts blijkt onder meer, dat in meer dan eenderde van alle gevallen, waarvoor de hulp van de huisarts wordt ingeroepen, psychische of milieu invloeden een rol spelen. Een niet onbelangrijk contingent van de steeds weer hulp vragenden stamt uit de probleemgezinnen, uit de „onhygiënische groepen” in de maatschappij. Terwille van een goede efficiënte behandeling van deze groepen acht Buma meer kennis van sociologie en psychologie voor een huisarts noodzakelijk en pleit hij voor een goede samenwerking met deskundigen op deze gebieden en voor ontwikkeling van een betere anamnese- en gesprekstechniek. Buma wijst terecht op de belangrijke verschuivingen, die zich in de laatste decennia in het werk van de huisarts hebben voorgedaan. Had hij vroeger veel meer met specifiek ziekmakende factoren te doen, thans spelen aspecifieke factoren een veel grotere rol, terwijl hieronder maatschappelijk bepaalde factoren vaak van veel betekenis zijn. Hij citeert Hornstra, die het kernachtig aldus zei: „De medische problematiek heeft een sociale dimensie gekregen!”

Buma omschrijft de functie van de huisarts als volgt: „De bewust aanvaarde verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de individuele mensen, die zich aan hem hebben toevertrouwd, alsmede van hun gezinnen. (Het N.H.G. heeft aan deze formulering veel bijgedragen.) Hij legt er ook vooral de nadruk op, dat het begrip *zorg* veelal in de plaats van het begrip *behandeling* is gekomen. Voorts gaat hij in op een groot aantal problemen zoals de nascholing, de preventieve taak van de huisarts, de wenselijkheid van een continu morbiditeitsonderzoek, de dagelijkse routine van de huisarts enzovoort.

Een belangrijk motief van de schrijver voor het verrichten van zijn werk is, dat hij de huisartsen, die volgens hem „de assepoesters van de volksgezondheid” zijn, zich bewust wil laten worden van het belangrijke aandeel, dat zij voor de volksgezondheid kunnen leveren, indien zij zich maar bewust zijn van hun eigen waarde. Opheffing uit het geestelijk isolement, waarin velen leven, is daarbij een eerste voorwaarde. Het N.H.G. kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Ik meen, dat de grote waarde van dit boek van Buma is,

dat hij inderdaad een bijdrage levert tot een positieve waardering van de huisarts; een positieve waardering, die de huisarts vooral zelf ten aanzien van zijn eigen beroep moet hebben. Vanuit een gevoel van eigen waarde kan hij pas goed zijn rol in het hele maatschappelijke bestel gaan spelen; dan kan blijken, dat „de anderen” ons nog niet zo erg onderwaarderen zoals we wel eens vrezen. Men leze bijvoorbeeld het zojuist verschenen proefschrift van Trimbos over „De geestelijke gezondheidszorg in Nederland”. In het geheel van de gezondheidszorg wordt door deze psychiater wel degelijk een plaats voor de huisarts ingeruimd. (Ten dele op grond van argumenten, die door Buma zijn geleverd!) Het is echter aan ons eventueel bestaande verwachtingen waar te maken. Of er dan geen bezwaren bestaan tegen het boek van Buma? Die zijn er inderdaad. Mijn belangrijkste bezwaar is, dat het te omslachtig en te weinig helder is. Er worden vaak te veel woorden gebruikt om iets te zeggen. Juist bij dit boek is dit een groot bezwaar, omdat het wel zeer gewenst is, dat het door vele huisartsen gelezen zal worden, waarbij echter de

kans bestaat, dat zij er, in hun schaarse vrije ogenblikken, niet gemakkelijk doorheen zullen komen. Toch zou dit laatste te betreuren zijn. Men zou verder als bezwaar kunnen aanvoeren, wat de schrijver trouwens zelf al gedaan heeft, dat het onderzoek op te weinig observaties is gebaseerd. Ik vind dit echter geen groot bezwaar, omdat aanvullende onderzoeken toch nodig zijn. Ook zal men dit boek op de goede wijze moeten hanteren. Er wordt wel eens wat veel gedefinieerd. Volgens Rümke kan er pas een goede definitie worden gegeven aan het einde van een onderzoek en niet aan het begin. Wij zullen dus de vele definities en omschrijvingen voornamelijk als werk-hypothesen moeten hanteren en niet als nu reeds vaststaande feiten. Misschien zal de werkelijke ontwikkeling anders zijn dan door Buma geschetst; dat neemt echter niet weg, dat het door hem geschrevene toch een goede gids en vooral een goed uitgangspunt voor verdere gedachtenwisseling zal kunnen zijn. Al met al, ondanks deze bezwaren, een boek, dat door alle huisartsen en vele anderen moet worden gelezen.

Dr. J. C. van Es

## NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

### HUISHOUDELIJK GEDEELTE N.H.G.-CONGRES

Ter aanvulling van de agenda voor het huishoudelijk gedeelte van het te Utrecht op 21 november te houden N.H.G.-congres deelt het bestuur van het N.H.G. met betrekking tot punt 10 van deze agenda (bestuursverkiezing) mede, dat het ter voorziening in een vacature in het bestuur kandidaat stelt: J. J. M. Michels, huisarts te Wagenberg.

P. den Duyn, secretaris

### VAN HET BESTUUR

*N.H.G.-onderzoek 1960*

*Abortusonderzoek in de huisartsenpraktijk*

Op 1 januari 1960 zal worden begonnen met een nieuw landelijk onderzoek met als onderwerp: „De abortus en de dreigende abortus in de huisartsenpraktijk”. Het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en van de Studiegroep Obstetrie en Gynaecologie, geïnstalleerd om dit onderzoek te leiden.

Het doel van het onderzoek is:

- 1 Een indruk te krijgen van de frequentie van de abortus in verhouding tot het aantal levendgeborenen;
- 2 enig inzicht te verwerven in de gevolgde methodiek bij de behandeling van de dreigende abortus en zo mogelijk de waarde van de behandelingsmethoden te vergelijken;
- 3 een overzicht te krijgen van de wijze waarop de huisarts de abortus behandelt, met daarbij een vergelijking van de verschillende methoden.

Het enquêteformulier, dat bij het in gang zijnde proefonderzoek wordt gebruikt, werd ingesloten bij de convocatie voor het N.H.G.-congres, zodat de leden van het N.H.G. reeds werden geïnformeerd omtrent de te volgen werkwijze. Huisartsen, niet leden van het Genootschap, die zich voor dit onderzoek interesseren, kunnen een exemplaar van het enquêteformulier aanvragen.

Ieder, die aan dit landelijk onderzoek wenst deel te nemen, wordt verzocht zich terstond op te geven bij de secretaris van de werkgroep, W. J. J. Ligtenberg, Vossendijk 31, Nijmegen.

De leden van de werkgroep,

Dr. F. J. A. Huygen	P. A. Roorda
W. J. J. Ligtenberg	Dr. W. Vasbinder

### WAT DOEN DE CENTRA VAN HET N.H.G.?

In deze „kanttekeningen”, die in het niet-wetenschappelijke deel van „huisarts en wetenschap” onder het hoofd Nederlands Huisartsen Genootschap verschijnen, wordt getracht de schijnwerper te richten op genootschapszaken, die elk lid aangaan.

Het genootschap omvat drieëntwintig centra, waarvan enkele naar ledental zo klein zijn, dat zij te identificeren zijn met een studiegroep. De verdeling in centra is geografisch (naar analogie van de maatschappij-afdelingen) bepaald, waarbij soms een gehele provincie een centrum vormt; bijvoorbeeld Friesland, Groningen, Drente en Zeeland.

In de afgelopen twee jaren is wel gebleken, dat het centrum vele functies heeft. Het heeft niet alleen een administratieve, maar ook een coördinerende en organiserende taak. In een naar ledental klein centrum — ik denk bijvoorbeeld aan het centrum Zeeland — bestaan uiteraard andere problemen dan in een naar ledental groot centrum van kleine geografische afmeting, zoals Amsterdam. Toch hebben beide ervoor te zorgen, dat lokale studiegroepen worden gevormd en gaan functioneren. Men moet ernaar streven, dat in dit derde jaar

### NAALDBANDEN

*voor de TWEEDE jaargang  
van „huisarts en wetenschap”  
zijn verkrijgbaar  
tegen de prijs van f 3,75.*

★

*In deze banden kan men zelf,  
dus zonder verdere kosten  
voor inbinding,  
de tekstpagina's van de  
tweede jaargang bijvoegen.*

★

*Banden kunnen worden aangevraagd  
door middel van storting  
van f 3,75 op postgiro no. 2906  
van Rotterdamse Bank, Kantoor Rapenburg te Leiden  
met vermelding:  
„huisarts en wetenschap”  
naaldband  
2e jaargang*