

ques, so as to become the kind of doctor which the community will need to have in twenty years time. Most of the pressing problems which face up to-day will not be resolved by us, but will have to be tackled by the students whom we teach. It is important therefore that every medical graduate should leave his medical school reasonably knowledgeable concerning the problems of providing integrated and comprehensive medical care for the community. It is important that he should learn to analyse the nature of the present day problems of the general practitioner. It is just as important, perhaps even more important, that he should know what is wrong with general practice, and if occasionally we show him an example of very good general practice under optimum conditions, then we should not be too disappointed if when he is launched into the world he is frustrated or angry about the circumstances in which in reality he will have to work.

In fact it is only by producing a generation of angry young men who see the potentialities of good general practice, and who are angry enough because the facilities are so inadequate, that they are imbued with a desire to do something about it. It is only when this obtains that they in their turn will make the most effective contribution to the next generation.

Members of the Netherlands College of General Practitioners are in the main individuals who have faith in family medicine, but who are impatient and anxious to raise the clinical and professional standards of all family doctors, and I can think of no more effective way of making a lasting and worth while contribution than by suggesting that they should join forces with their academic colleagues in the field of preventive and social medicine in an attempt to see that the next generation is better equipped than we are, to raise these standards.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-025. Verslag van de Dutch study tour 1960. *Poslavsky, A. (1960) Mbl. v. d. Geestelijke Volksgezondheid 15, 193.*

Dit verslag geeft de ervaring en indrukken weer van een tiendaags bezoek van Nederlandse psychiaters aan instellingen, werkzaam op het gebied van psychiatrie en geestelijke volksgezondheid in Engeland.

Opvallend is de grote doorstromingssnelheid in alle bezochte instellingen, welke niet wordt bereikt door betere diagnostiek of door het gebruik van voor Nederland onbekende geneeswijzen, doch het gevolg is van een accentverschuiving in het psychiatrisch denken. De psychiatrische aandoening wordt vooral gezien als een stoornis in het sociale gedrag, van de sociale aanpassing. Hierdoor krijgt de psychiater een grotere bewegingsvrijheid. Men wordt vooral getroffen door de centrale plaats welke wordt gegeven aan de gedachte: wat is de taak van onze instelling in onze speciale gemeenschap?

Het Engelse ziekenhuis, zowel het psychiatrische, als het algemene, maakt veel meer dan hier deel uit van de gemeenschap. Het publiek loopt veel meer ongedwongen in en uit. De patiënten en de medische en verplegende stafven onderhouden intensieve contacten naar buiten. De afstand tussen binnen en buiten het ziekenhuis is veel kleiner dan bij ons. Hierdoor wordt tijdige opname bevorderd en een onnodig lang verblijf in het ziekenhuis tegengegaan. Op deze wijze verliest de psychiatrische inrichting het karakter van gesticht. Alle psychiatrische ziekenhuizen bezetten een centrale plaats in de psychiatrische zorg in de maatschappij; daarnaast bestaan daghospitelen, bureaus voor huwelijks- of gezinsmoeilijkheden en voorlichting aan huisartsen. Nergens ontbreekt de maatschappelijke werker en de polikliniek en ook hierdoor vermindert de afstand tussen ziekenhuis en maatschappij.

De medische staf van de psychiatrische ziekenhuizen bestaat uit een geneesheer-directeur, part-time consultants, psychologen en sociaal opgeleid personeel. De directeur is verantwoordelijk voor het beleid in het ziekenhuis en voor de verbanden met de buitenwereld. De consultants zijn belast met de psychiatrische behandeling, zij werken naast, niet onder de geneesheer-directeur.

In Engeland wordt veel gewicht gehecht aan „hospital”- en „nursing-administration”. Het zijn erkende leervakken voor geneesheren-directeur, directrices, hoofdzusters enzovoort.

Bij de behandeling wordt de patiënt gezien als lid van het gezin of de gemeenschap, waarin hij thuis hoort. Het contact tussen patiënt en familie wordt zoveel mogelijk bevorderd door

de maatschappelijke werkers, door dagelijkse spreekuren des avonds en door bijzondere maatregelen. Zo worden bijvoorbeeld bij opname van moeders met kleine kinderen ook de kinderen opgenomen. De aandacht van de patiënt wordt vooral gevestigd op de problemen, die voor hem reëel en actueel zijn. Zo vindt men soms op de afdelingen keukens, waar de vrouwen weer kunnen leren koken. Ook de familieproblemen worden onder ogen gezien; in een ziekenhuis voor bejaarden spreekt men bijvoorbeeld bij ontslag af, dat de patiënt weer kan worden opgenomen, wanneer de familie met vakantie gaat. Men tracht de behandeling zo veel mogelijk met de patiënt te doen plaats hebben en niet voor en over de patiënt. Zo regelen de patiënten de recreatie en men tracht de organisatie van de arbeid, van de dagindeling enzovoort met of zelfs door de patiënten te laten regelen.

De uitstekend opgeleide verpleegsters hebben een andere status dan in Nederland. Zij worden beschouwd als gelijkwaardige partners van de artsen en genieten een hoog salaris. Zij zijn dus goed op de hoogte van de ziektegevallen op een afdeling en van het beleid. Vele verpleegsters wonen buiten het ziekenhuis en leiden een intensief sociaal leven. Zij leren dat het niet voldoende is medische voorschriften uit te voeren, doch, dat zij moeten leren handelen op grond van eigen inzichten. Het begrip toewijding maakt plaats voor realistisch inzicht.

Intensief is ook het werk rondom de psychiatrische inrichting. In de dagsanatoria wordt gepoogd door een soepele, op de behoeften van de patiënt en familie afgestelde, behandeling opname overbodig te maken. Van belang zijn vooral ook de polikliniek en de sociale dienst, die de voor- en nazorg behartigen. Ook dit vergemakkelijkt weer de overgang ziekenhuis-gemeenschap en omgekeerd. Bovendien hebben de meeste ziekenhuisartsen een deel van hun taak buiten de inrichting. Men krijgt hierdoor een betere indicatiestelling tot opname, omdat zij beter op de hoogte zijn van de mogelijkheden van het ziekenhuis en van de verhoudingen en mogelijkheden in de maatschappij.

De gebouwen waren bijna overal oud en weinig doelmatig; de inrichting was echter aantrekkelijk en gezellig. Het beschikbare geld is vooral belegd in mensen; de medische staf is zodanig, dat niet het minimaal, doch het optimaal mogelijke met en voor de patiënten wordt gedaan.

De schrijver eindigt met de verzuchting: „De uitkomsten, die in Engeland worden bereikt zijn zodanig, dat niet alleen de

gedachte aan het sociaal wenselijke, ja zelfs medisch noodzakelijke, maar ook wel degelijk aan het economisch mogelijke én economisch noodzakelijke ons dwingen de Engelse opvattingen en werkwijzen met de grootst mogelijke aandacht te overwegen." N. Bessem

61-029. The relationship of fatal pulmonary insufficiency with cor pulmonale, rightsided mural thrombi and pulmonary emboli. Baum, G. L. and Fisher, F. D., (1960) *Amer. J. med. Sc.* 240, 609.

Gedurende de laatste tien jaren is er veel gepubliceerd over het syndroom van de „chronische pulmonaire insufficiëntie”, speciaal die gevallen, die het gevolg waren van chronisch pulmonair emfyseem. Het cor pulmonale, gepaard gaande met decompensatie en CO₂-vergiftiging is klinisch zeer moeilijk te behandelen; de nadruk valt hierbij meestal op de pulmonaire genese van dit syndroom.

Fysiologisch heeft men te maken met chronische alveolaire hypoventilatie als gevolg van toeneming van de fysiologische dode ruimte en obstructie van de luchtwegen. Acute verergeringen kunnen optreden met CO₂-ophoping, toenemende hypoxie en hartdecompensatie. Het medullaire ademhalingscentrum raakt door de CO₂-ophoping vergiftigd en minder gevoelig voor de regulatie, die normaal juist uitgaat van het CO₂-gehalte van het bloed. Deze regulatie wordt nu overgenomen door het O₂-gehalte van het bloed. Te laag zuurstofgehalte is dan de prikkel die het ademhalingscentrum aanzet. Dient men zulke patiënten dan zuurstof toe, puur of gemengd met CO₂, dan bestaat het gevaar dat de spontane ademhaling geheel wegvalt. In zulke gevallen moet men kunstmatig een adequate longventilatie in stand houden, waarbij de zuurstof bij voorkeur onder overdruk wordt toegediend. Ook tracheotomie geeft prompt verbetering. Verder past men de gewone maatregelen toe om infectie der luchtwegen te voorkomen en bestrijdt men hartdecompensatie en bronchospasme; ook aderlating kan van nut zijn.

Men gaat uit van de veronderstelling dat acute verergering van het ziektebeeld voornamelijk wordt veroorzaakt door infecties van de luchtwegen, die weer toeneming van parenchymale afwijkingen in het interstitiële longweefsel tot gevolg hebben, waardoor de zuurstof- en koolzuuruitwisseling in de longen verder wordt bemoeilijkt. De schrijvers, die hun materiaal putten uit wat ter sectie kwam in de jaren '54-'60 in het Veterans Administration Hospital te Cincinnati, menen te hebben aangetoond, dat in een groot aantal gevallen (negentien van de dertig) waarin patiënten overleden aan cor pulmonale, een andere oorzaak in het spel is, namelijk uit de rechter hart helft afkomstige enkelvoudige of multiple embolieën in de longslagaders; zelfs in die gevallen, die als klassiek werden beschouwd voor het cor pulmonale ten gevolge van chronische of acute luchtweginfectie, dus met uitgebreid longemfyseem en sterke induratie van het interstitiële weefsel, en ook als er duidelijk infectie aanwezig was. In meer dan de helft van de gevallen van hen die overleden onder het beeld van het cor pulmonale vonden zij in de rechter aurikel of de rechter ventrikel een wandstandige trombus. In een nog groter percentage vonden zij één of meer longembolieën, welke ook wel werden aangetroffen terwijl in het hart zelf niets meer te vinden was. Een andere oorsprongplaats voor deze embolieën werd niet gevonden, zodat zij dus wel van intracardiale oorsprong moeten zijn.

Tot dusver werd aangenomen dat het klinische beeld van de respiratoire en cardiale decompensatie met CO₂-intoxicatie, en gepaard gaande met ernstig emfyseem, het gevolg moest zijn van acute of subacute luchtweginfectie, ook al was er van infectie niet veel te bespeuren, zoals toeneming van de hoeveelheid opgebracht al of niet etterig sputum en het stijgen van de temperatuur. Schrijvers menen te hebben bewezen, dat hier in een zeer groot percentage niet een infectie maar een longembolie van cardiale oorsprong in het spel is. Tevens is nu duidelijk waarom zoveel gevallen door de ingestelde antibiotische therapie niet verbeterden. Men zou in dergelijke gevallen eerder gebruik moeten maken van de mogelijkheden, die anticoagulantia bieden.

L. J. Bastiaans

61-030. Perspectives in the treatment of diabetes. Duncan, G. G. (1960) *Amer. J. med. Sc.* 240, 397.

De schrijver gaat nog eens de grondregels van de diabetes-

behandeling na en constateert, dat primair toch nog altijd de dieetbehandeling is, en dat te zware patiënten moeten vermageren. In een zeer groot percentage kan men met dieetbehandeling het doel bereiken.

Helaas wordt tegen deze grondregel zeer veel gezondigd sinds de invoering van de orale diabetesbehandeling, die het mogelijk maakt dikke mensen ook zonder grote dieetbeperkingen suikervrij te krijgen. In feite bereikt men hiermede, dat de patiënten juist nog dikker worden, doordat de glucosurie, waardoor heel wat calorieën met de urine wegvloeien, ophoudt, zodat extra glucose in het lichaam wordt opgestapeld of omgezet. Door deze toenemende vervetting bevordert men het optreden van degeneratieve veranderingen, bovenal arteriosclerose, welke het leven aanmerkelijk kan bekorten.

Bij patiënten, die een normaal of een te laag gewicht hebben, kan men de hoeveelheid eiwitten en koolhydraten in het dieet zover als maar enigszins mogelijk is zonder de controle over de diabetes te verliezen, opvoeren. Men is dan vaak in staat de hoeveelheid vetten in het dieet te reduceren, aangezien het verkeerdt bij diabetespatiënten de nadruk juist op de hoeveelheid vetten in het dieet te leggen, ook al weer met het oog op het zich vroegtijdig ontwikkelen van arteriosclerotische veranderingen. Ook kan men een deel van de vetstoffen vervangen door vetten met een relatief groter gehalte aan onverzadigde vetzuren.

Wat de orale antidiabetespreparaten betreft stelt de schrijver, dat deze slechts voor een klein percentage van alle patiënten waarlijk een ideaal middel tegen diabetes zijn. In werkelijkheid wordt echter in de Verenigde Staten meer dan vijftig procent van alle diabetici met Tolbutamide behandeld. Ongeveer 80 procent van alle diabetici is echter zoveel boven het normale gewicht, dat zij veel beter met een passend, tevens vermagering bevorderend, dieet zouden kunnen worden behandeld waarbij de orale preparaten dan niet meer nodig zouden zijn. Van de overige twintig procent behoort nog ongeveer de helft tot het type juveniele diabetes (inbegrepen de volwassenen wier diabetes ook het juveniele type vertoont), waarbij orale preparaten onwerkzaam zijn, zodat ten slotte van alle diabetici slechts tien procent tot de ideale kandidaten voor orale therapie behoren. Zij zijn niet te zwaar en hebben een stabiel type van de soort diabetes zoals die bij volwassenen voorkomt.

Wat de therapie met insuline betreft constateert de schrijver, dat er theoretisch nog geen ander middel voor de behandeling van diabetes beter is. Voor de relatief lichte gevallen waarbij geen sprake is van overgewicht raadt de schrijver aan één enkele dosis van een langwerkend insulinepreparaat (Globin, N.H.P. of Lente), een uur voor het ontbijt. Maar in deze lichte gevallen kan men ook de orale diabetes therapie toepassen, hetgeen eveneens geldt voor een klein deel van de volgende groep, namelijk die patiënten, die in de morgenuren neigen tot hyperglycemie, ook als ze één inspuiting met een langwerkende insuline voor het ontbijt hebben gekregen. Bij deze patiënten doet men er goed aan bij de dosis langwerkende insuline een hoeveelheid snelwerkende insuline te voegen.

Voor het juveniele type is het noodzakelijk na het avondeten een kleine dosis van een langwerkende insuline in te spuiten om nachtelijke hyperglycemie te voorkomen. Ook kan men dit voor het avondeten inspuiten of voor het slapen gaan.

Een klein percentage patiënten, maar dat zijn uitzonderingen, kan men onder controle houden met een mengsel van 2 : 1 of 3 : 1 kristallijn en protamine zinkinsuline. Over het algemeen kan men protamine-zinkinsuline in de therapie van diabetes missen.

Bij acute complicaties van diabetes, bijvoorbeeld wanneer die gepaard gaan met koorts, werken de snelwerkende insulinepreparaten (kristallijn en semilente) het beste; bij ketosis geve men de kristallijne preparaten.

L. J. Bastiaans

61-032. Is your prescription really necessary? Asher, Richard. 1960 *Med. Wld. (Lond.)* 92, 536.

Deze vraag kan in vele vragen worden onderverdeeld. Waarvoor noodzakelijk? Voor wie? Voor de welvaart van de farmaceutische fabrieken? Om de patiënt te overtuigen, dat hij waar krijgt voor zijn (ziekenfonds)geld? Om de patiënt snel de spreekkamer uit te krijgen of een lang onderhoud af te kappen? Omdat de patiënt vraagt om het medicament waar-

over hij in de lekenpers las? Om zichzelf de illusie te geven, dat men toch wat doet?

Van vele van de voorgeschreven geneesmiddelen is onvoldoende bekend welke de farmacologische werking bij de mens is; de reclamefolder vertelt van het succes, maar een proef in de kliniek ontbreekt of is met een veel te kleine groep proefpersonen uitgevoerd. Hoestmiddelen, tonica en linimenten worden door de auteur aan de kaak gesteld. Daarna bespreekt hij onder anderen het vaak onnutte gebruik van vitamines, antibiotica en hypnotica.

Als één van de oorzaken van het voorschrijven van te dure medicamenten stelt schrijver het grotere gemak waarmee de handelsnaam boven de chemische benaming wordt gebruikt. Andere factoren liggen in opleiding, plaatselijke gewoonten, aandring door advertenties en artsenbezoekers, enzovoort.

Om het euvel van het onnodig en te duur voorschrijven te verbeteren ziet schrijver de volgende mogelijkheden: door goede voorlichting het publiek ervan te doordringen dat niet altijd een (duur) geneesmiddel nodig is; een (geheim) onderzoek om na te gaan welk deel van de voorgeschreven medicijnen wordt gebruikt; instellen van vergelijkende onderzoeken en een kritischer instelling van de artsen ten opzichte van advertenties en folders van geneesmiddelen. G. Faber

BOEKBESPREKING

Dr J. A. Weyel, Medische Psychologie. J. Bijleveld, Utrecht. 1961, 204 bladzijden, prijs f 12,90.

Uitgaande van de definitie: „Medische Psychologie is psychologie voor zover zij voor de arts betekenis heeft”, heeft de auteur een boek geschreven, dat de huisartsen bijzonder zal boeien. Dit behoeft ook niet te verwonderen: als psychiatrisch adviseur van een psychotherapeutische werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de schrijver van zeer nabij kennis gemaakt met de typische huisartsenproblematiek. Wat dit betreft bevindt de schrijver zich dus in een identieke positie als Balint, die met zijn boek „The Doctor, his patient and the illness” de huisartsen zozeer aan zich heeft verplicht.

De argeloze lezer die enkele boeken over medische psycholo-

gie vergelijkt zal zich verwonderen over de totaal verschillende inhoud die blijkbaar met dezelfde naam kan worden aangeduid. Het is de verdienste van Weyel dat de niet-psycholoog na lezing van dit boek enig inzicht heeft hoe zich deze verschillende psychologische disciplines ten opzichte van elkaar verhouden. Hier wordt onder medische psychologie verstaan: de gedragsleer van de medische situatie, een situatie dus, die voor de huisarts steeds weer actueel is.

Hoewel dit boek uiteraard ook enkele zaken bespreekt die behandeld zijn in „Psychiatry in general practice” (Elsevier, Amsterdam 1958) kan van een geheel nieuwe opzet worden gesproken.

„Medische Psychologie” heeft als ondertitel „Psychologie en psychotherapie voor de huisarts” en als zodanig mag dit boek worden beschouwd als een bijzondere bijdrage tot de huisarts-geneeskunde: Prof. Querido (Amsterdam) schreef in zijn voorwoord: „... een belangrijke stap op weg naar integratie.”

G. J. Bremer

HET LEZEN WAARD

Over gesprekstechniek bestaat niet zoveel literatuur. Een vertaald boekje, waarin de allereerste beginselen worden besproken, maar daarom niet minder bruikbaar is, is Garrett, A. (1952) *Gesprekstechniek, beginselen en methoden*. Uitgave Sociale Academie, Amsterdam, 67 bladzijden, prijs f 1,50. Speciaal voor artsen is: Bird, B. (1955) *Talking with patients*. Lippincott, Philadelphia. 154 bladzijden, prijs f 12,50. Deel één van dit boek geeft adviezen over gesprekken met volwassenen; deel twee bespreekt de problematiek, die zich bij kinderen kan voordoen.

ERRATUM

In het tweede recept, afgedrukt op pagina 334, in het artikel van F. Holtzer, Een methode ter behandeling van enuresis nocturna in de algemene praktijk, doet de zetfoutduivel een aanslag op het leven van uw enuresislijdertjes. Men leze voor Scopolamini... 20 mg, Buylbromidum (Buscopan)... 20 mg; Scopolamini Butylbromidum (Buscopan)... 20 mg.

Redactie

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

HET N.H.G.-CONGRES 1961

Het zaterdag 25 november te Utrecht in Esplanade gehouden N.H.G.-congres 1961 heeft grote belangstelling ondervonden. Toen het te ruim elf uur werd geopend — nadat eerst te tien uur de huishoudelijke vergadering was gehouden — was de opkomst der leden reeds zeer groot. De middagzitting, bijgewoond door vele gasten, toonde aan, dat de grote zaal van Esplanade ontoereikend dreigt te worden om een N.H.G.-congres huisvesting te kunnen bieden.

In chronologische volgorde eerst de huishoudelijke vergadering. De notulen van de vijfde huishoudelijke vergadering werden ongewijzigd goedgekeurd, met belangstelling is geluisterd naar het door de secretaris E. M. Jansen uitgebrachte overzicht over de eerste vijf jaren N.H.G. — men vindt dit overzicht elders in dit nummer afgedrukt — en goedkeuring is verleend aan de financiële jaarstukken. Penningmeester A. W. Bots, voor zijn beheer gedechargeerd, deed mededeling dat van industriële zijde voor de komende jaren zodanige steun aan het N.H.G. is toegezegd om te mogen aannemen, dat nadelige saldi voorshands niet meer dreigen; een voor de materiële basis van het N.H.G. verblijdende mededeling, door de vergadering met een van erkentelijkheid getuigend applaus begroet. Goedkeuring werd daarna ook verleend, steeds zonder discussie en met algemene stemmen, aan het voorstel de contributie voor de gewone leden op het tegenwoordige peil te handhaven en de contributie voor de buitengewone leden te verhogen van f 15,— tot f 20,—, zulks in verband met de per 1 januari ingaande verhoging van het abonnementsgeld voor „huisarts en wetenschap”.

Voorzitter Huygen heeft enkele vermeldenswaardige medede-

lingen gedaan bij het daartoe gereserveerde agendapunt. Het bestuur acht het mogelijk dat leden van het N.H.G., die medewerken aan een groepsonderzoek, zouden willen promoveren op het door het Genootschap bijeen gebrachte materiaal. Bezwaar is daartegen niet, doch het moet billijk worden geacht dat de leden van de werkgroep, wanneer deze op een onderzoek zouden willen promoveren, daartoe, gezien de door hen te verzetten arbeid, vooreerst in staat worden gesteld. Van belang zal dus zijn dat degenen, die uit een onderzoek een dissertatie zou willen laten resulteren, zich met zijn wens zo spoedig mogelijk wendt tot het bestuur, dat tenslotte de verantwoordelijkheid draagt voor de bewerking van de uit een onderzoek verkregen gegevens en de publikatie daarvan. Omgekeerd zal ook in die gevallen, waarin voornemens bestaan tot promoveren op grond van door het Genootschap bijeen gebrachte gegevens, aan alle aan het onderzoek medewerkende leden van het N.H.G. worden gevraagd of zij er mee kunnen instemmen dat anderen voor een dissertatie van de mede door deze leden verzamelde gegevens gebruik maken. Voorzitter Huygen heeft op zijn nadrukkelijke vraag, of de vergadering zich met deze gang van zaken kon verenigen, een bevestigend antwoord ontvangen.

Een andere mededeling van de voorzitter was die betreffende het Huisartseninstituut, een met deskundige krachten bemand apparaat, dat het N.H.G. goede diensten zou kunnen bewijzen en dat ook een rol zou kunnen spelen bij de vorming tot huisarts. Vooral ten opzichte van dit laatste is er een taak, welke bestuur noch commissies bij machte zouden zijn op zich te nemen. Evenwel: de financiën van het N.H.G. reiken niet tot het realiseren van het gestelde doel. Toch is er een