

continentie bij kinderen en emotionele amenorroe bij schrik, heimwee of zwangerschapsangst.

Een tweede groep van psychosomatische stoornissen vormen de lichamelijke verschijnselen tengevolge van ziekelijk langdurige affectstoornissen. De belangrijkste groep hiervan zijn de depressies. Vaak worden depressies die schuil gaan achter symptomen zoals hoofdpijn, gebrek aan eetlust, maagklachten, hartklachten, die soms op echte angina pectoris lijken, algemene zwakte, moeheid, slapeloosheid, menstruatiestoornissen, impotentie, of soms kwellende sexuele spanning, niet als zodanig herkend. De fout die meestal gemaakt wordt, is deze mensen het etiket orgaanneurose op te plakken. In tegenstelling tot een neurose is juist een dergelijke depressie wel met een eenvoudige behandeling te verhelpen.

Een derde groep van psychosomatische verschijnselen zijn die verschijnselen, die zich als aspecten van een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling manifesteren. Om de psychosomatiek bij neurosen te begrijpen, hebben we psychologische begrippen nodig zoals het elkaar tegenspreken van menselijke gevoelens, de ambivalentie en het begrip van de verdringing in het onbewuste.

De vierde groep omvat de symptomatic, waarover tegenwoordig het meest gepraat en geschreven wordt, maar waarvan onze kennis nog zeer onvolledig is, namelijk ernstige lichamelijke ziekten, zoals ulcus ventriculi et duodeni, colitis ulcerosa, hypertensie, hyperthyroidie en het primair glaucoom bij jeugdige personen.

Lange tijd heeft men deze afwijkingen als zuiver lichamelijke ziekten gezien. In de laatste decennia werden er echter geen lichamelijke oorzaken gevonden, wel echter aanknopingspunten voor een samenhang met de emotionele toestand en de levensgeschiedenis van de patiënt. Deze gedachte van een emotionele oorzaak in plaats van een onpersoonlijke noxe van buitenaf is zeer revolutionair. Het is een grote opgave dit al of niet waar te maken. Om te zeggen, zoals sommige scholen, vooral in Amerika nu al doen, dit zijn zeker psychosomatische ziekten, gaat te ver en is niet wetenschappelijk. Hoe moeten we dit nu onderzoeken? Zoeken naar lichamelijke oorzaken, bewijzen dat de ziekte naar tijd en subjectief beleven in de psychische levensontwikkeling past en het al of niet slagen van de psychotherapie. Dit alles is onzeker en bovendien wil het feit dat we de eventuele lichamelijke oorzaken van bovengenoemde ziekten nu niet of nog niet kennen, natuurlijk niet zeggen, dat ze niet bestaan. Aan de therapeutische successen heeft men ook nog niet voldoende houvast. Zeker, er zijn en worden genezingen beschreven, maar houden deze stand over lange tijd en zijn deze voldoende gecontroleerd? Schrijver waarschuwt tegen te snelle conclusies, wil men alles wat nu opgebouwd wordt niet in discrediet brengen. Verder zijn vele kwalen in indirecte zin psychosomatisch doordat bijvoorbeeld een neurotische persoonlijkheidsontwikkeling tot ondoelmatige levensgewoonten leidt, die op hun beurt de ziekten kunnen veroorzaken. Tot deze groep behoren de verslavingen zoals „vraatzucht“ die tot adipositas leidt, de anorexia nervosa, het alcoholisme, de verslaving aan genotmiddelen enzovoort.

Belangrijk zijn die kinderziekten die het spiegelbeeld van de ongunstige persoonlijkheidsontwikkeling van de ouders vormen, waardoor compensatiemechanismen ontstaan, die tot ziekten kunnen leiden.

Voor de algemene praktijk zijn ook die ziekten belangrijk, waarbij psychische en lichamelijke oorzaken nauw met elkaar zijn verbonden, bijvoorbeeld ongevalsneurosen, allergische stoornissen en climacteriële stoornissen.

Tenslotte wijst de schrijver erop dat elke lichamelijke ziekte emotionele betekenis heeft en vanuit de emotionele sfeer mede is te beïnvloeden.

R. Vos

60—034 Arterial auscultation. Peart, W. S. en C. Rob (1960) *Lancet* II, 714.

De kunst van het ausculteren schijnt in verval te geraken. Toch kunnen door auscultatie niet alleen bij hart- en long-aandoeningen, maar ook bij ziekten van het perifere vaatstelsel waardevolle gegevens worden verkregen. Atheromateuze lesies geven in een groot aantal gevallen systolische ge-

ruisen boven de getroffen slagader. Een enkele maal wijst een systolisch geruis, dat zich uitstrekt tot in de diastole, op een tot stand komen van een efficiënte collaterale circulatie bij een volledige afsluiting. Door auscultatie is onderscheid te maken tussen een gehele en een gedeeltelijke afsluiting, die bijvoorbeeld bij de carotis door de overige verschijnselen niet is vast te stellen. Boven de bifurcatie van de carotis was bij 59 van 103 patiënten met een vastgestelde stenose een systolisch geruis te horen. Het luisteren kan bemoeilijkt worden door een zacht gezoem, dat in de venae ontstaat en dat door een lichte druk even boven de stethoscoop verdwijnt.

Een geruis, twee tot vijf cm boven en twee tot drie cm naast de navel, waarbij de stethoscoop stevig moet worden aangedrukt, wijst op een stenose in de arteria renalis, wat van belang kan zijn bij de diagnose nefrogene hypertensie. Bij de aorta, de iliacale arteriae en de arteria femoralis kan een systolisch geruis de juiste plaats van de vernauwing aanwijzen. Een ruw geruis boven de arteria subclavia wijst bij patiënten met een halsribsyndroom op een beginnende aneurysmavorming of trombose.

J. G. Antvelink

INGEZONDEN

Het onderwerp, dat collega W. M. Fokke heeft behandeld, namelijk het panaritium en het paronychium — (1960) huisarts en wetenschap 3, 312 — is wel zo belangrijk voor de medicus-practicus, dat ik er nog enkele opmerkingen over zou willen maken.

Een panaritium is een niet specifieke ontsteking van de palmaire zijde van de vinger. Men kan zich afvragen waardoor deze ontsteking zich onderscheidt, ook al is ze subcutaan, zodat ze een eigen naam heeft en in de leerboeken in een afzonderlijk hoofdstuk wordt behandeld, als de verwekker niet specifiek is. Het ligt kennelijk aan de localisatie.

Het subcutane weefsel, als we ons daartoe beperken, van de palmaire zijde van de vinger heeft nu als bijzonderheid, dat het veel bindweefsel bevat, dat sterk en taai is, met veel bindweefselchotten, hetgeen zijn invloed heeft op het verloop van de ontsteking. Deze invloed is tweërlei:

- 1 Het vele bindweefsel maakt, dat, indien dit weefsel ontstoken raakt en dus oedemateus en cellig wordt geïnfilteerd, de druk er spoedig zal toenemen met spoedig kans op circulatiestoornissen en dus ook vroegtijdig kans op necrose.
- 2 Dit vele bindweefsel, dat sterk en taai is, zal minder snel kunnen verweken en pas als dit necrotische bindweefsel is verweekt en dus vloeibaar geworden is, kan men spreken van een abces.

Men zal dus bij een panaritium vroegtijdig necrose zien optreden, dat relatief laat in abcedering zal overgaan. In het verloop van een panaritium zal men dus drie stadia kunnen onderscheiden en wel:

- a hyperemie plus cellige infiltratie plus oedeem;
- b necrose;
- c abcedering.

Het derde stadium komt mijns inziens drie tot zeven dagen na het tweede stadium. Dat de behandeling dient te beginnen als het tweede stadium is bereikt en men niet mag wachten op het derde stadium, spreekt vanzelf. Even vanzelfsprekend is dan ook, als men op tijd ingrijpt, dat men er met alleen incideren niet komt.

De behandeling van het panaritium, welke ik de laatste jaren toepas, is als volgt: korte incisie op de gebruikelijke plaats. De wondranden uiteen laten houden en à vue al het necrotisch geworden weefsel met de scherpe lepel verwijderen (meestal is er meer necrose dan men zou verwachten). Er is nu een holte ontstaan. De wand ervan, het meest actieve deel van het ontstekingsproces, is nu voor therapie toegankelijk geworden en wordt geïnfilteerd met 100.000 E Na peni-

cillineoplossing. Tevens geef ik nu 600.000 E depocilline i.m. De wond behoeft niet te worden getamponneerd. De patiënt krijgt de opdracht mee naar huis de ingespoten Novocaineoplossing naar proximaal weg te masseren. De verdoving duurt dan minder lang en de napijn is geringer. Het is opvallend dat hij, de volgende dag terugkomende, geen spontane pijn meer heeft. Veiligheidshalve geef ik nog enkele dagen depocilline i.m. Het verdere verloop van het aldus behandelde subcutane panaritium is gelijk aan een normale wondgenezing.

U. J. Mansholt, Winsum (Gr.)

BOEKBESPREKING

Dr J. H. Baay: Ongevallen bij kinderen. Van Gorcum en Comp. n.v. Assen 1960. 126 bladzijden, ingenaaid f 7,90, gebonden f 9,90.

Het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht heeft een onderzoek verricht naar de preventiemogelijkheden van ongevallen bij kinderen, in samenwerking met de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Dordrecht. Voor dit onderzoek is medewerking gevraagd aan de huisartsen, specialisten en poliklinieken. Terwijl uit de literatuur te verwachten was, dat 75 procent van de huisartsen zou deelnemen, was de deelneming van 15 op 31 huisartsen een teleurstelling. De uitsluitend schriftelijke voorbereiding is hiervan zeker de oorzaak. Persoonlijk contact van de onderzoeker met de huisartsen had wellicht betere resultaten kunnen afwerpen.

Van de ruim 300 aangegeven ongevallen in een half jaar bij kinderen van 0-15 jaar, heeft de schrijver langs analytische weg gezocht naar de preventiemogelijkheden. Hij komt tot de conclusie, dat in 38 procent van de gevallen door een een-

voudige maatregel of wijziging van de materiële situatie, alsmede door maatregelen op het gebied van opvoeding en voorlichting, het ongeval te voorkomen zou zijn geweest. Naar analogie van andere onderzoeken blijkt de vrijdag een top te vertonen, die door een verminderde concentratie van de kinderen tegen het eind van de week te verklaren is.

Dit boek kan er toe bijdragen, dat van medische zijde nog meer dan voorheen medewerking wordt verleend aan alle organisaties (kruisverenigingen, onderwijsinstellingen), die de ouders willen voorlichten over de preventie van ongevallen. In dit verband kan de aandacht worden gevestigd op de brochure: „Was dat nou nodig?” van Jo Manassen (Uitgave Stichting „Voor het Kind”, Emmastraat 38 te Amsterdam-Z, ten behoeve van de Commissie Voorlichting Kinderbescherming en Kinderhygiëne. 1959. 32 bladzijden f 0,25). Deze brochure is een op populaire wijze geschreven boekje voor ouders van kleine kinderen, waarin in de vorm van korte verhaaltjes enkele alledaagse ongevallen worden besproken. De voorbeelden zijn ontleend aan het bovengenoemde onderzoek in Dordrecht. Iets voor de lectuur in de wachtkamers van huisarts en kleuterbureau!

K. Gill

HET LEZEN WAARD

Gezins sociologie ((1960) Dr R. Eijsink, van Loghum Slaterus, Arnhem. 131 bladzijden, gebonden f 7,50) wordt aangekondigd als een: „Proeve van een systematische inleiding.” De auteur bedoelt „een hanteerbare bijdrage te leveren tot de wetenschappelijke discussie over dit onderwerp”. Nu het gezin zo in het centrum van de belangstelling van de huisarts staat lijkt dit boek haast op verzoek geschreven.

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP



VAN DE REDACTIECOMMISSIE

Met ingang van 26 november 1960 is Dr F. J. A. Huygen voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hij was achtereenvolgens lid van de werkgroep tot oprichting van het Genootschap, bestuurslid en de laatste drie jaar vice-voorzitter.

Hij behaalde in 1943 het artsdiploma en vestigde zich als huisarts te Lent. In 1948 promoveerde hij op een proefschrift „Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte”. Van zijn hand verschenen in „huisarts en wetenschap” verscheidene artikelen en beschouwingen, waarvan de serie „N.H.G. - Quo vadis?” wel van bijzonder allure is.

Sedert enkele jaren maakt Huygen deel uit van de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Zeer recent werd hij benoemd tot docent in de faculteit der geneeskunde aan de R.K. Universiteit te Nijmegen voor het geven van onderwijs in de sociale geneeskunde van het gezin. Dit maakt duidelijk dat het Genootschap zich bijzonder verheugt over deze benoeming van Huygen, die zich bovendien heeft doen kennen als een beeldend kunstenaar en die ook voor sportbeoefening nog tijd weet te vinden.

H.

JAAROVERZICHT 1960 VAN DE SECRETARIS VAN HET N.H.G.

Een jaarverslag in engere zin kan zich beperken tot de concrete gegevens en cijfers terzake al hetgeen zich in het afgelopen jaar binnen het Genootschap heeft afgespeeld. Uw secretaris geeft er echter de voorkeur aan hier en daar tevens de problematiek, die met de verschillende activiteiten samenhangt, in het kort aan te roeren en daarbij ook enige aandacht te besteden aan de relaties van het N.H.G. met de hem omringende buitenwereld en aan reacties, die daaruit over en weer resulteren. In deze zin is dus dit jaarverslag, zonder de allure van een terugblik aan te nemen, meer een jaaroverzicht geworden en ook als zodanig bedoeld.

Bij de aanvang van het verslagjaar telde het Genootschap in totaal 791 leden, van wie 27 buitengewone en 3 corresponderende leden.

Door de dood ontvielen ons de leden: K. J. J. James te Amstelveen, P. Dooremans te Lage Zwaluwe, A. v. d. Bijl te