

therapie, en die symptomatische hulp noemt men ook therapie. Met name het werk van de huisarts is grotendeels symptomatische therapie; hij helpt zijn patiënten, met hun aangeboren of verkregen afwijkingen, een zo normaal mogelijk leven te leiden met zo min mogelijk klachten. Als hij er voldoende in vindt, zijn diabetes- en hartpatiënten in een optimale toestand te houden, zou het dan niet de moeite waard zijn, zijn neurotische patiënten voor decompensatie te behoeden? Zolang er geen mogelijkheden zijn voor een genezing van al deze patiënten met psychische moeilijkheden, zal dit zelfs een belangrijk deel van zijn taak zijn.

Zal deze hulp niet een bijzonder tijdrovende zaak worden? „Als je er eenmaal aan begint, kom je van zo'n patiënt nooit meer af”, wordt nogal eens opgemerkt. Wij hebben hier een voorbeeld, misschien een te gunstig voorbeeld, waarbij de gesprekken in totaal vier uur hebben geduurd. Het is de vraag of dit niet minder is dan de tijd en zorg, die aan deze man hadden moeten worden besteed, wanneer er niet met hem was gesproken. En in plaats dat de patiënt de huisarts daarna niet meer losliet, kon hij nu weer alleen verder, zodat de medicus zich op zeker moment zelfs afvroeg of de jongeman nog wel bij hem stond ingeschreven!

Nog een enkele opmerking over de techniek van de gesprekken die hier zijn gevoerd. U ziet dat er een tussenweg is bewandeld tussen het vrijuit vertellen door de patiënt en het gerichte vraaggesprek. Daarbij moet het vrij spreken overwegen. Het is echter nuttig, dat de arts leiding geeft aan het gesprek en vragen stelt op grond van een standaard-anamnese.

Daardoor voorkomt hij, dat bepaalde delen van het levensgebied van de patiënt onbesproken blijven, hetzij door onachtzaamheid, hetzij door weerstanden van de patiënt of zijn eigen „blinde vlekken”. Bij de gesprekken moet hij de belangstellende toehoorder zijn, die zich tracht in te leven in de situatie en de gevoelens van de patiënt. Het komt daarom ook minder aan op de objectieve juistheid bij het weergeven van de gebeurtenissen, dan wel op de wijze, waarop de patiënt deze heeft beleefd.

De arts moet niet de rol van officier van justitie spelen, al kan enige speurzin nuttig zijn om tegenstrijdigheden in de mededelingen waar te nemen en op grond daarvan de patiënt in zijn eigen belang er toe te brengen, ook te spreken over datgene, wat hij tracht te verbergen; maar ook hierbij mag men de patiënt niet dwingen, iets mee te delen, dat hij met zijn arts niet wilde bespreken.

In hoeverre het verkregen materiaal moet worden gebruikt om de patiënt „inzicht” te geven in zijn problematiek en hier en daar iets te „duiden”, zal van de mogelijkheden van de patiënt, maar vooral ook van die van de arts afhangen. Nodig is het lang niet altijd, dikwijls is het ook minder gewenst, met de hier beschreven patiënt is in dit opzicht niets besproken.

Is dit alles nu moeilijk? Dat hangt voor een belangrijk deel van aanleg, opleiding en ervaring van de arts af. Het zijn echter juist huisartsen, die deze functie van belangstellende toehoorder wel ligt. Een voorbeeld? U hebt zojuist het verslag gelezen van de eerste patiënt, die deze huisarts op deze wijze heeft behandeld!

REFERATEN

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

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

60—026 Psychosomatik. Der Standpunkt und die Fragen des Praktikers. Hegglin, R. (1960) *Schweiz. med. Wschr.* 90, 169.

De nog steeds levende opvatting dat ziekten bijna uitsluitend door erfelijke factoren worden bepaald, heeft lange tijd het denken van de arts beheerst. Dat er factoren van buitenaf medebepalend kunnen zijn bij het ontstaan van ziekten werd ook vroeger reeds erkend. Dat ziekten ook door psychische oorzaken kunnen ontstaan, hebben de artsen in alle tijden wel vermoed, maar pas in de jongste tijd is dit vermoeden meer wetenschappelijk gefundeerd. Tegelijkertijd zag een stroom van publikaties, die nauwelijks meer is te overzien, op dit gebied het licht. Desondanks bekruipt de medicus practicus een gevoel van onzekerheid en twijfel, ten eerste, omdat in vele psychosomatische studies een taal wordt gebruikt, die iemand die op dit gebied niet geschoold is nauwelijks begrijpt, hetzij door gebrek aan filosofische ondergrond, hetzij door de ongewone terminologie. In de tweede plaats is de gebruikte methodiek verschillend van de natuurwetenschappelijke methodiek, waardoor de beoordeling moeilijker wordt. En in de derde plaats vertegenwoordigen de verschillende scholen verschillende zienswijzen, waardoor een overzicht ook alweer moeilijker wordt en meer de indruk wordt gewekt dat geloof in een bepaalde methode belangrijker is dan het beheersen van die methode.

Er wordt nu gepoogd in begrijpelijke taal een overzicht te geven van de huidige stand van zaken op dit gebied, waarbij de volgende concrete vragen worden gesteld. Ten eerste, welke ziekten in de menselijke pathologie, worden voornamelijk of uitsluitend door psychische factoren veroorzaakt? Ten tweede, welke psychische factoren komen in aanmerking om dergelijke ziekten te veroorzaken? Zijn het onbewuste complexen uit de vroege jeugd of zijn het actuele situatieconflicten respectievelijk belevenissen van de oudere mens in zijn veelvuldige betrekkingen met zijn omgeving, die hij niet de baas kan? De vraagstelling die in deze vorm wellicht te eenvoudig is, werpt meteen de vraag op of zulke ziekten psychoanalytisch dan wel met eenvoudige psychotherapeutische maatregelen moeten worden behandeld. Ten derde, wat zijn de therapeutische resultaten met de verschillende methoden? Dat een medicus practicus naar resultaten vraagt is begrijpelijk. Toen men in 1938 de pneumonieën met sulfonamiden begon te behandelen was men onder de indruk van de frapante werking in een bepaald geval en van de nieuwe therapie overtuigd. Maar in de volgende jaren moest het genezingspercentage door de resultaten aan een groot aantal gevallen nagegaan en statistisch worden bewerkt om een duidelijk beeld van de waarde van deze nieuwe therapie te krijgen.

Ofschoon de verhoudingen bij de problemen van de psychosomatiek wel gecompliceerder zijn, is de schrijver ervan over-

tuigd, dat we eerst dan een duidelijk overzicht krijgen van de resultaten, wanneer dezelfde maatstaven worden gebruikt zoals die overal in de medische wetenschap gebruikelijk zijn. Nauwe samenwerking van de psychotherapeuten met de artsen die het verloop van de psychosomatische ziekten kennen is hiervoor noodzakelijk, evenals gelijkschakeling in waardering, niet alleen in de praktijk, maar ook in de klinieken. Een onbevooroordeelde registrering van de waarnemingen en resultaten is daarbij een vereiste. Over het algemeen is men hiervan behalve in enkele klinieken in de Verenigde Staten en in Duitsland, nog ver verwijderd. R. Vos

60—031. Small ventral hernias in children. *Pentney, B. H. (1960) Practitioner 184, 779.*

Kinderen klagen vaak over buikpijn zonder een direct duidelijke oorzaak. De schrijver vond in zijn praktijk als oorzaak van buikpijn bij veertig kinderen kleine breukjes in de linea alba. De kinderen, twee tot zeven jaar oud, klaagden over aanvallen van pijn, vooral 's morgens, na het eten, bij zitten of staan. De pijn is niet zeer hevig en gaat nu en dan gepaard met misselijkheid en braken. Vaak kunnen de kinderen de pijnlijke plaats precies aanwijzen. Wanneer de kinderen voor onderzoek worden gebracht zijn er meestal geen verschijnselen en bij oppervlakkig onderzoek geen afwijkingen. Bij onderzoek in staande houding met schuin opvallend licht ziet men echter in het midden van het epigastrium of aan de rand van de navel een kleine gladde ovale verhevenheid en bij palpatie voelt men een kleine onderbreking of een kraalvormige protrusie. Het defect is meestal duidelijk en kort na een aanval drukpijnlijk.

Voor de differentiële diagnose is vooral de juiste lokalisatie van de pijn van belang. Drie typen hernia werden gevonden, namelijk epigastrische, breukjes aan de bovenrand van de navel en navelbreukjes. Drie kinderen werden wegens de pijn geopereerd. Tweemaal werd een knobbeltje extraperitoneaal vet gevonden en eenmaal een kleine uitstulping van het peritoneum. Een vierde kind werd geopereerd onder de diagnose appendicitis, waarbij een kleine hernia werd gevonden. Drie en dertig patiëntjes werden gedurende zes jaar geregeld gecontroleerd, waarbij bleek, dat de kleine hernia's meestal spontaan verdwenen in de loop van twee tot vier jaren.

Bij een aanval van pijn moet men het kind neerleggen met opgetrokken knieën en met het hoofd op een kussen. De pijn verdwijnt dan spoedig. Operatie is zelden nodig. De epigastrische en paraumbilicale breukjes worden als verworven beschouwd, tengevolge van drukveranderingen en spierspanningen gedurende de groei en de overgang van kruipen naar staan. De navelbreukjes zijn aangeboren. N. Bessem

60—032. The problems of chronic alcoholism. *Williams, L. (1960) Practitioner 184, 739.*

De meeste artsen weten weinig over de ziekte drankzucht. Velen geloven, dat een medicamenteuze behandeling alléén, succes kan brengen. De schrijver gebruikt voor de behandeling een combinatie van geconditioneerde reflextherapie, psychotherapie, intensieve hypnose en groepstherapie, totdat de alcoholist emotioneel volwassen is en op eigen benen kan staan. De alcoholist is lichamelijk en intellectueel volwassen, doch emotioneel onvolgroeid. Men kan vier groepen alcoholisten onderscheiden, namelijk de alcoholist, wiens persoonlijkheidsstructuur goed is, de zogenaamde normale alcoholist (ongeveer 80 procent van deze groep geneest); de neurotische alcoholist (ongeveer 30 procent genezing en vele recidieven); alcoholisme op grond van psychosen (de prognose is afhankelijk van de aard van de psychose) en de drankzuchtige psychopaat met een zeer slechte prognose. Het genezingspercentage berekend over de vier groepen is 50. De prognose is ook sterk afhankelijk van de levensomstandigheden van de patiënten.

De artsen moeten hun negatieve houding van afkeer of onwetendheid tegenover de aan de drank verslaafden laten varen. Het is onverstandig de alcoholisten alleen te laten opvangen door een vereniging als Alcoholics Anonymous, welke diagnostisch en therapeutisch tekort moet schieten. Zeer nuttig voor de behandeling van alcoholisten zijn speciale klinieken, die het odium van de naam van psychiatrische inrichting

missen. De drankzuchtige moet leren inzien, dat hij een zieke is en niet een verachtelijke zwakkeling. Hij moet weten, dat zijn volledige medewerking noodzakelijk is en dat iedere behandeling uit eigen vrije wil mag en kan geschieden. De patiënt moet geloven in de mogelijkheid van genezing.

Voor de diagnose is het volgende van belang; een drankzuchtige kan zich niet van drank onthouden; hij heeft de controle verloren, dat wil zeggen hij wordt dronken en blijft dronken ook tegen zijn zin; hij heeft drank nodig. Wanneer de diagnose gesteld is, is het van belang te bepalen met welk type alcoholist men te maken heeft. Hierbij is de leeftijd van belang, bijvoorbeeld zeer jonge alcoholisten zijn vaak neurotici met veel geesteszieken en alcoholisten in de familie; ook moet men bij jeugdige dronkaards denken aan de mogelijkheid van schizofrenie of epilepsie als grondoorzaak. Bij ouderen moet men endogene of seniele depressies in gedachten houden. Alcoholisme kan ook optreden na schedeltraumata en encefalitis of bij neurosyfilis.

Voor de behandeling is ziekenhuisopname noodzakelijk. Slechts na opname kan patiënt worden bevrijd van de geconditioneerde reflex, die hem naar de fles doet grijpen, zodra er iets in zijn leven misgaat of hij in spanning geraakt. Men begint de behandeling met de onmiddellijke of meer geleidelijke onthouding met behulp van tranquillizers en intensieve vitamine therapie. Daarna kan men gebruik maken van de zogenaamde braakmethoden met apomorfine, emetine, pilocarpine of Antabus. Wanneer de drinkgewoonte eenmaal is gebroken, begint de eigenlijke behandeling pas. Met psychotherapie, waarbij hypnose zeer nuttig kan zijn, moet de patiënt leren zich weer aan te passen. Aan patiënt's omgeving moet de nodige aandacht worden geschonken en vooral hierbij kan de huisarts zeer goed werk doen. De familie moet er van doordrongen zijn, dat de patiënt volledig en voorgoed geheelonthouder moet zijn. Vaak moet ook de huwelijkspartner psychotherapeutisch worden behandeld om hernieuwde aanpassing mogelijk te maken. Ook op het werk moet de patiënt op de juiste manier worden opgevangen. Groeps-therapie is van groot nut om patiënt's contact met anderen te herstellen. De weg naar de volledige genezing is een lange en de patiënt heeft alle hulp hard nodig, daarom is een goed opgezette therapeutische groep voor de rehabilitatie noodzakelijk. Tenslotte is ook de hulp nodig van de kerk en van op dit terrein werkzame verenigingen. N. Bessem

60—033. The new penicillines. *Douthwaite, A. H. (1960) Practitioner 184, 793.*

In de tot nu toe gebruikte vormen heeft penicilline enige nadelen. Voor de behandeling van acute infecties zijn bijvoorbeeld vele injecties met penicilline nodig, terwijl de benodigde doses steeds hoger worden en de injecties pijnlijk zijn. Penicilline V per os voldoet niet geheel; de resistentie van stafylokokken tegen penicilline neemt toe en de overgevoeligheidsreacties tegen penicilline vormen een probleem. Men zoekt daarom naar een penicilline, dat oraal werkzaam is, resistent is tegen penicillinase en geen gekruiste overgevoeligheidsreacties vertoont met de reeds in gebruik zijnde penicillines.

Penicillium chrysogenum produceert een mengsel van penicillines, die allen dezelfde kern bezitten, maar verschillen door de structuur van de zijketen. De werking van het penicilline blijkt afhankelijk van de zijketen. Het is mogelijk door veranderingen in de voedingsbodem de samenstelling van de geproduceerde penicillines te beïnvloeden en bijvoorbeeld vrijwel zuiver penicilline G of V te bereiden. Nadat vele moeilijkheden waren overwonnen, gelukte het in maart 1959 de penicillinekern te synthetiseren. De chemische naam voor deze kern is 6-aminopenicillanischezuur. Aan deze kern kunnen gemakkelijk verschillende zijketens worden toegevoegd. Zo ontstond Broxil — phenethicillin — het natriumzout van 6-(phenoxypionamido)-penicillanischezuur. Broxil wordt veel beter dan penicilline V in de dunne darm geresorbeerd en geeft dus hogere bloedspiegels. Ook geeft Broxil wat hogere bloedspiegels dan die ontstaan na injectie van equivalente hoeveelheden penicilline G.

Het antibacteriële spectrum is hetzelfde als dat van penicilline V. Bovendien werkt Broxil ook bij matig resistente stafylo-

kokken. Een half uur na toediening van Broxil vindt men een hoge bloedspiegel, die na twee uur snel daalt, doch nog na vier uren effectief blijft. De uitscheiding geschiedt voornamelijk met de urine; 60 procent in de eerste zes uren. Over het ontstaan van allergische reacties is nog weinig bekend. 500 mg Broxil is praktisch gelijk te stellen met een miljoen eenheden penicilline G.

Broxil kan worden toegepast bij dezelfde indicaties als penicilline G of V en bovendien, tengevolge van enige resistentie tegen penicillinase, tegen matig resistente stafylokokken. Men geve bij acute infecties de eerste vierentwintig uur 250 mg om de vier uur, daarna 250 mg om de zes uur. Voor de behandeling van gonorroe zou tweemaal 500 mg gedurende twee dagen voldoende zijn. Of Broxil tevens geschikt zal blijken te zijn voor de behandeling van endocarditis lenta en syfilis staat nog niet vast. Profylactisch is Broxil zeer bruikbaar bij recidiverende bronchitis, bij polyarthritis rheumatica acuta en bij tand- en kiesextracties. Bij gebruik van hoge doses, een gram om de zes uur, is het ontstaan van misselijkheid en braken beschreven.

N. Bessem

60—035. Diabetic neuropathy following stress situations.
Ellenberg, M. (1959) Amer. J. med. Sci. 238, 418.

Algemeen heeft men aangenomen, dat onvoldoende controle van diabetes, gedurende wat langere periode, de oorzaak was van het ontstaan van neuritis diabetica. Dit axioma wordt sinds kort verworpen door de waarneming, dat de neuritis het eerste klinische verschijnsel van diabetes kan zijn, zelfs nog voordat er hyperglykemie en glykosurie bestaat! Zelfs kan, geheel paradoxaal, de neuritis diabetica optreden, juist nadat men de diabetes met dieet of insuline of tolbutamide onder controle heeft gekregen.

De „stress” situaties, die werden gevolgd door neuritis diabetica waren in de negen beschreven ziektegeschiedenissen respectievelijk de amputatie van een been, prostaatoperatie, acute infectieziekte, myocardiinfarkt, coma door vergiftiging met barbituurzuurpreparaten, het instellen van een cortisonbehandeling (wegens fibrositis pulmonalis), apoplexie, het begin van insuline therapie in een geval van verwaarloosde diabetes en het begin van een tolbutamide behandeling in een soortgelijk geval. Vooral deze laatste twee gevallen doen aanvankelijk vreemd aan, doch worden begrijpelijker als men ze beschouwt als het verwekken van een plotselinge verandering in de homeostasis in het lichaam. Het lichaam schijnt hierop soms te reageren als in het geval van een „stress” situatie.

De verschijnselen van neuritis diabetica waren meestal aanvankelijk alleen moeheid en apathie, later opgeheven reflexen aan de benen, paresen, vooral van de beenspieren en wel voornamelijk de bovenbeenspieren, met als gevolg atrofie van de paretische spieren, vooral des nachts optredende lancinerende pijnen in de benen en armen, paresthesiën en hypesthesiën, en vooral ook vermindering van de dieptesensibiliteit, verhoging van het eiwitgehalte van de liquor cerebrospinalis, anurie en psychische veranderingen in de zin van melancholie en angstsensaties. Vaak waren de neurologische stoornissen van blijvende progressieve aard. Soms echter trad na enige maanden geleidelijk verbetering en zelfs genezing in.

Het opmerkelijke in bijna al de beschreven gevallen is, dat in de loop van de ontwikkeling van de neuritis de diabetes steeds goed onder controle werd gehouden en dat juist het onder controle krijgen van de diabetes door het beginnen met insuline of tolbutamide therapie een „stress” situatie schiep, die de neuritis scheen te veroorzaken. De latente periode tussen de „stress” situatie en het begin der initiële verschijnselen van neuritis lag tussen zeven dagen en dertig dagen, gemiddeld ongeveer achttien dagen. Deze duur is van dezelfde orde als in vele andere situaties waarin neuritis volgt op bekende factoren, zoals bijvoorbeeld neuritis na vaccinatie, perifere neuritis veroorzaakt door penicilline en neuritis als gevolg van arseentherapie. Ook andere, niet op neurologisch terrein gelegen, toxische reacties als gevolg van het gebruik van geneesmiddelen, bijvoorbeeld hepatitis en purpura, hebben vaak een overeenkomstige latente periode. Denk in dit verband ook aan de latente periode die voorafgaat aan het optreden van glomerulonephritis en acuut reuma.

De aanwezigheid van een zodanig latentietijdperk versterkt ons in de opvatting, dat „stress” factoren iets te maken hebben met het optreden van neuritis en niet louter toevallig er mee zijn verbonden.

L. J. Bastiaans

60—036. Multiple sclerosis. *Kremer, M. (1960) Practitioner 184, 157.*

Hoewel multiple sclerosis veel voorkomt en hoewel de symptomatologie en de pathologische anatomie reeds lang bekend zijn, is de oorzaak nog duister en de behandeling empirisch. Men gelooft, dat multiple sclerosis behoort tot een grote groep aandoeningen, gekarakteriseerd door demyelinisatie en ontstaan door overgevoelighedsreacties. Multiple sclerosis komt het meest voor op het noordelijk halfrond, in frequentie toenemend met de breedtegraad. In het Verenigd Koninkrijk schat men het aantal lijders aan multiple sclerosis op 25.000, dit is een op tweeduizend inwoners. De diagnose berust geheel op de resultaten van het onderzoek, een specifieke reactie bestaat niet. Er zijn geen pathognomonische symptomen. Het betrouwbaarste criterium is het voorkomen van disseminatie in tijd of in plaats. In 90 procent van de gevallen verloopt de ziekte met remissies; in de overige gevallen verloopt de ziekte direct chronisch progressief. De eerste aanval kan zeer kort duren en geheel worden vergeten. Over het algemeen is herstel na iedere volgende aanval minder volledig en overgang in de chronisch progressieve vorm is te allen tijde in het ziekteverloop mogelijk.

Volkomen onjuist is het te menen, dat multiple sclerosis steeds leidt tot invaliditeit. McAlpine vond van een reeks patiënten in het Middlesex Hospital zestig procent vijf jaar, dertig procent tien jaar en dertien procent twintig jaar na het begin van de ziekte tot een volkomen normaal bestaan in staat. Vooral wanneer het herstel na de eerste aanval goed is, kan de prognose faust worden genoemd. Eveneens wanneer de rechutes in frequentie afnemen, of wanneer de eerste aanval wordt gevolgd door een langdurige remissie, zeer speciaal indien bij die eerste aanval alleen hersenzenuwen betrokken zijn geweest. De gemiddelde levensduur na de eerste aanval van multiple sclerosis is ongeveer twintig jaar. Wanneer voor het leven belangrijke medullaire centra zijn aangedaan is een snel dodelijk verloop mogelijk. Doodsoorzaken zijn vooral urineweginfecties, infecties van de huid en van het onderhuidse weefsel en infecties van de ademhalingswegen. De differentiële diagnose in het beginstadium van de ziekte is zeer moeilijk. Men zij voorzichtig met het etiket multiple sclerosis ten einde herhaalde beoordeling van het ziekteproces te bevorderen.

Voor de behandeling is de houding van de huisarts tegenover de zieke van groot belang. De houding moet positief zijn. Aan de zieken en hun omgeving moet enig begrip over de ziekte en haar natuurlijk beloop worden bijgebracht; voortdurende belangstelling is nodig, niet alleen om de aanpassing van de zieken zo goed mogelijk te doen zijn, doch ook om te voorkomen, dat zij kwakzalvers te hulp roepen. Gedurende de actieve fasen is rust de beste therapie. Hiervoor is opname dikwijls te verkiezen, ook om vroeg fysiotherapie zo doeltreffend mogelijk te kunnen instellen. Speciale ziekenhuizen voor chronisch zieken kunnen hiervoor zeer nuttig zijn. Het lijkt logisch infectiehaarden, onder bescherming van antibiotica, op te ruimen. Een leefregel moet worden voorgeschreven; geen oververmoeidheid, oppassen voor koude en vocht, besmettingen zoveel mogelijk vermijden. Ook geestelijke spanningen dienen, waar mogelijk, te worden voorkomen. Zwangerschap heeft tijdens een remissie geen nadelige invloed, maar rekening moet worden gehouden met de toeneming van geestelijke en lichamelijke inspanning, welke gezinsvermeerdering met zich meebrengt. Rehabilitatie is van het allergrootste belang en moet met enthousiasme, kennis van zaken en grote vasthoudendheid worden toegepast. Zo veel mogelijk moet het ontstaan van contracturen worden voorkomen. Het Shubladze-Margulies vaccin heeft in Engeland geen resultaat gehad en het gebruik ervan kan gevaarlijk zijn. Koortskuren worden niet meer gegeven. Vasodilatoren zijn misschien in staat een rechute sneller te beëindigen. Men geve liefst nicotinezuur 50-100 mg driemaal daags gedurende vier tot zes weken. Ook corticosteroiden kunnen een remissie inluiden,

doch, indien na twee of drie weken gebruik geen invloed wordt opgemerkt, kan men beter de toediening geleidelijk staken. Meestal wordt driemaal daags tien mg prednison gegeven, liefst in combinatie met nicotinezuur. Symptomatische behandeling kan nodig zijn, wanneer hypertoonische spiergroepen, vooral de heupadductoren en de plantaire flexoren, het lopen onmogelijk maken. Spierspasmen kunnen veel last en pijn veroorzaken. Zo nodig moeten orthopedische maatregelen worden overwogen of zelfs zenuwdoorsnijdingen of omsputting van spinale voorwortels. Hevige duizeligheid met evenwichtstoornissen en braken, veroorzaakt door een haard in de hersenstam, kan men bijvoorbeeld goed behandelen met 50 mg chlopropromazine intramusculair. Is het braken over dan geve men dezelfde medicamenten per os. De functie van de urineblaas is vaak gestoord; de patiënten klagen over strangurie en pollakisurie of over incontinentie. Vaak worden de mictiestoornissen vooral bij vrouwen onderhouden door een infectie. Het is dan nodig, na de behandeling van de acute ontsteking, voortdurend kleine hoeveelheden sulfa te geven. De vaak aanbevelen en toegepaste vitamine B complex preparaten hebben geen effect. De houding van de arts blijft het belangrijkste therapeuticum. Het moreel van de patiënt en van zijn omgeving moet zo hoog mogelijk worden gehouden.

Op vele manieren kan men proberen het leven van de patiënten draaglijk te maken, doch zolang het nog niet is gelukt demyelinisatie te voorkomen, is het vooral de persoonlijkheid van de dokter, die de patiënt staande houdt.

N. Bessem

HET LEZEN WAARD

De huisarts moet een grondige kennis bezitten van de voorzieningen, die door de gemeenschap getroffen zijn ten bate van „hulpbehoevenden” in de ruimste zin van het woord. De „Gids voor Maatschappelijk Werk” (uitgave N. Samsom, Alphen aan den Rijn) samengesteld in opdracht van het bestuur van de Nationale Raad voor Maatschappelijk Werk, zou men een encyclopedie van deze voorzieningen kunnen noemen.

In deel I worden de verschillende takken van maatschappelijke zorg en tevens een aantal sociaal-medische onderwerpen behandeld. Speciaal over de „zorg voor bijzondere groepen en in bijzondere gevallen” kan men veel informatie krijgen. Deel II bevat een systematisch gerangschikte beschrijving van alle bestaande instellingen en een overzicht van de tijdschriften en wettelijke regelingen op dit gebied.

Beide delen zijn apart te verkrijgen. De prijs van deel I is f 20,—, van deel II (inclusief 2e supplement) f 25,—.

FILMBESPREKING

De film „Waarover men niet spreekt”, die normaal in de bioscopen circuleert, wil ik graag bij de lezers van „huisarts en wetenschap” aanbevelen, omdat zij op eerlijke en verantwoorde wijze voorlichting brengt over anatomie en fysiologie van voortplanting en baring, ingevlochten in een speelfilm van zeer goed gehalte.

De film behandelt het aloude probleem van het meisje, dat, nog ongehuwd, zwanger wordt en tenslotte een kind ter wereld brengt. Drie instructiefilmpjes zijn in het verhaal van de film ingevoegd. Het eerste brengt anatomie en fysiologie, het tweede de gevaren van de abortus provocatus in tekenfilm, het derde filmpje laat twee bevallingen zien, door de Engelse vrouwenarts Read geleid volgens zijn methode van „Childbirth without fear”. De film is Duits, evenals de gesproken tekst. Bij de instructiefilms wordt een uitstekende, door een arts uitgesproken, Nederlandse tekst gegeven.

De inhoud van de film geef ik in het kort weer: Het achttienjarig meisje, dochter van een weduwnaar-h.b.s.-directeur, ontmoet op een feestje bij een getrouwde vriendin de jonge man, die haar enkele dagen later, buiten medeweten van haar vader, meeneemt op een boottocht. Bij de daartoe behorende picknick, komt een amoureuze ontwikkeling, die

resulteert in een zwangerschap. Nadat de jonge man op botte wijze laat merken dat zijn studie bij een huwelijk zou moeten worden opgegeven, vertelt het meisje hem, ten onrechte, dat de geraadpleegde gynaecoloog haar verklaarde dat zij niet zwanger is. We volgen nu het meisje op een wanhoopstocht langs een aborteur, waar politieambtenaren juist een onderzoek instellen, en vervolgens op een zwerftocht waarbij suicide gedachten haar door het hoofd gaan. Haar vader, die inmiddels door de recherche op de hoogte is gebracht, zet haar het huis uit. Ze wordt door de vrienden, waar ze haar minnaar voor het eerst ontmoette, liefderijk opgenomen. Een kerkgang, waarbij ze getuige is van een doop, betekent een ommekeer in haar leven. De vrouwenarts, huisvriend van haar vader, ontfermt zich over haar, bezorgt haar een baantje als kraamverzorgster, en voert haar, ook door middel van een door hem gegeven cursus (waarbij de instructiefilms worden getoond), terug in het werkelijke leven. Als het kind te vroeg, en operatief, ter wereld komt, ademt het niet direct en we zien de inspanningen van de vrouwenarts het kind leven te behouden tenslotte met succes bekroond. Het gedwongen huwelijk, net op tijd gesloten, en de doop van de jonggeborene, vormen een acceptabel einde van de film.

Het zijn de eerlijke en menselijke wijze, waarop de personen zijn uitgebeeld en ook de zeer hoge, medisch ethische normen, die de medicus in deze film sieren, welke de film maken tot een goede en instructieve voorlichting. Mijn jonge patiënten, en hun ouders, raad ik aan deze film te gaan zien en ik zou haar ook in onze huisartsenkring warm in de aandacht willen aanbevelen.

Natuurlijk is er kritiek mogelijk op deze film. Ik wil alleen de volgende punten even noemen. De methode Read is de onze niet en ik vind „pijnloze baring” een slechte vertaling van „Childbirth without fear”. De intrige bevat vele toevaligheden, terwijl de h.b.s.-directeur wel een zeer povere pedagoog is; over de ongehuwde vader, als apart probleem, wordt niet gerept. Toch heeft de film als verdienste dat zij, ieder die haar ziet, tot nadenken en tot discussie brengt over een onderwerp „waarover men niet spreekt”, doch waarover wij artsen dienen na te denken en voor te lichten, zoveel als in ons vermogen ligt.

W. P. C. Knuttel

EUROPEES GERIATRISCH CONGRES

Het derde Europese Congres van de Europese Klinische Sectie van de Internationale Vereniging voor Gerontologie zal worden gehouden van 13 tot en met 16 september 1961 in Scheveningen. Als hoofdonderwerpen zijn gekozen: ouderdom en psychische stoornissen, ouderdom en kanker, ouderdom en haematopoiesis, ouderdom en beroep, voeding van bejaarden en seksuele problemen van bejaarden. De officiële talen zijn Engels en Frans.

De zaterdag zal gewijd zijn aan de drie laatstgenoemde onderwerpen die van bijzonder belang mogen worden geacht voor de huisartsen. Op deze dag zijn in het bijzonder de Nederlandse huisartsen welkom. Het congres wordt afgesloten met een eenvoudige maaltijd, waarna er nog een gezellig samenzijn volgt. De kosten bedragen f 80,— voor de deelnemers, f 40,— voor hun dames, f 20,— voor degenen die alleen zaterdag willen komen. In deze bedragen zijn ook de kosten van de zaterdagavonden begrepen.

POLIOMYELITISVACCIN

Met ingang van 30 maart aanstaande kan door het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid poliomyelitisvaccin, bereid volgens het Salk-principe geleverd worden in twee verpakkingen: a. ampul à 1 dosis, prijscourant no. 350.1; b. flesje à 10 doses, prijscourant no. 350.10.

De A-, B-, C- en D-prijs van het vaccin bedraagt voor a: f 4,05, f 3,65, f 3,05 en f 2,65; voor b f 36,45, f 32,85, f 27,45 en f 23,85.