

suline als voor orale antidiabetica, omdat in de eerste plaats het calorie-arme dieet dient te worden ingevoerd. De voornaamste indicaties voor de behandeling van bejaarde diabetespatiënten met orale preparaten zijn, wanneer een koolhydraat-arm, laag calorisch dieet de symptomen niet kan laten verdwijnen of de bloedsuikerspiegel normaliseren; wanneer het eerstgenoemde wel bereikt is, doch gepaard gaat met gewichtsverlies of de patiënt zich niet prettig gevoelt; wanneer bij het plotseling staken van de insuline geen ernstige ketosis optreedt en wanneer de bejaarde door blindheid, parkinsonisme, hemiplegie of geïsoleerde huisvesting geen insulineinjecties kan ontvangen, of wanneer het gevaar dreigt van nachtelijke hypoglycemie bij een alleenwonende.

Dr H. P. Akkerman

**61—4r. Anaemia in a group of elderly patients.** *Lawson, I. R. (1960) Gerontologia Clinica 2, 87.*

Bij het ouder worden daalt het aantal erythrocyten en het hemoglobinegehalte niet noemenswaardig; ook het myelogram vertoont geen veranderingen. Een specifieke seniele anemie bestaat dan ook niet. Vindt men dus bij een bejaarde een anemie, dan is er meestal een chronische ziekte of occult bloedverlies en moet men bij de combinatie anemie en verhoogde bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes denken aan de mogelijke aanwezigheid van een carcinoom. De kortsluiting anemie, dus ijzerpreparaten is dan ook gevaarlijk en kan bijvoorbeeld een carcinoom maskeren. Aan de andere kant is gebleken, dat bejaarde patiënten met anemie en met een carcinoom, vaak zeer grote reservevoorraden ijzer bezaten. Een gastro-intestinale bloeding behoeft dus op zich geen bewijs te zijn, dat de begeleidende anemie een gevolg is van een ijzertekort.

Dr H. P. Akkerman

**61—5r. Survival after apoplexia.** *Droller, H. (1960) Gerontologia Clinica 2, 120.*

Gedurende lange tijd is de houding van de medische wereld ten opzichte van de hemiplegiepatiënt er een geweest van wanhoop. Tegenwoordig worden de geriatrie en revalidatiecentra overstroomd met dergelijke patiënten en is het dus nuttig eens te zien welke de bereikbare resultaten zijn. Het is niet aan twijfel onderhevig, dat er ten aanzien van de prognose een zekere mate van optimisme gerechtvaardigd is.

Van de aanvankelijk direct na de apoplexie (een meer moderne en neutrale benaming is het cerebro-vasculaire accident) optredende verschijnselen, berust een groot deel op oedeemvorming in cerebro en zijn dus reversibel. De vaak optredende hypostatische pneumonieën en stoornissen in de elektrolytenhuishouding kunnen momenteel goed worden behandeld. De criteria, die de prognose bepalen, zijn: de duur of afwezigheid van coma; de aan- of afwezigheid van hart- en/of vaatziekten; indien de bovenste extremiteit weer kan worden bewogen, dan mag men aannemen, dat de functie van de onderste extremiteit ook verbeteren zal. Is er evenwel hemianopsie of uitval van de sensibiliteit, dan vermindert de aanvankelijk goede prognose aanzienlijk. Ook hyperpyrexie, snel optredende decubitus, perifere arteriële trombose en blijvende verwardheid verslechteren de prognose.

Na één jaar kon van 275 patiënten 25 procent naar huis terugkeren, 19 procent bleef in een verpleeginrichting en 56 procent was overleden (in de eerste twee weken bleek de mortaliteit het grootst, en wel 74 procent van het totaal aantal overledenen; na 6 maanden was dit 90 procent en na een jaar 100 procent). Van de overlevenden, één jaar na de apoplexie, was na zes jaar nog 22 procent in leven. Er bleek wel verschil te bestaan tussen de naar huis gezonden (18 procent in leven na zes jaar) en die patiënten die in een inrichting verblijf hielden (5,8 procent in leven na zes jaar).

Dr H. P. Akkerman

**61—004. Prognosis and anticoagulant prophylaxis after coronary occlusion.** *McMichael, J. en E. H. O. Parry (1960) Lancet II, 991.*

De schrijvers hebben 66 publikaties over hun onderwerp verzameld; de waarde van hun conclusies wordt beïnvloed door

het feit, dat vele van de bestudeerde publikaties onvoldoende of onbetrouwbare statistische gegevens bevatten.

Wat de prognose na een coronairinfarct betreft, bleken jongere patiënten een langere overlevingsduur te hebben dan oudere, hoewel hun levensverwachting in ernstige mate is bekoort. De kans op een nieuw infarct is in de eerste twee jaren het grootst, en wordt ongunstig beïnvloed door het bestaan van ritme-stoornissen van het hart, diabetes, adipositas, hypertensie, het optreden van longembolieën, en vooral door de compensatie van het linker hart.

Van de patiënten, die een coronairinfarct hebben gehad, en na de genezing hiervan vrij van symptomen waren, is ruim 80 procent na vijf jaar nog in leven; volgens één publikatie nog 70 procent na tien jaar.

Beneden de leeftijd van 60 jaar treden de meeste coronairinfarcten bij mannen op, boven die leeftijd is het optreden van de aandoening vrijwel gelijk over beide sexen verdeeld. Om die reden is het overlevingspercentage over het geheel bij vrouwen kleiner dan bij mannen.

De mortaliteit in de acute fase van het coronairinfarct is bij behandeling met anticoagulantia significant lager als bij behandeling zonder deze middelen. Reeds in 1948 gaf The American Heart Association als mortaliteitspercentages op 15 procent voor de met anticoagulantia en 24 procent voor de zonder anticoagulantia behandelde gevallen. Onder de 60 jaar zou er in de acute fase van het infarct geen verschil in mortaliteit tussen beide behandelingsmethoden bestaan, wel zouden er minder trombosen en embolieën optreden door het gebruik van antistollingsmiddelen.

Wat het resultaat van het profylactisch toepassen van anticoagulantia na een coronairinfarct betreft, bleek geen duidelijke verbetering van de overlevingspercentages van de patiënten, bij wie deze profylaxe was toegepast. Hierbij dient te worden vermeld, dat de schrijvers geen publikaties ter beschikking hadden, waarin deugdelijke controleseries waren opgenomen. Wel was het duidelijk, dat het plotseling staken van de antistollingsmiddelen vlak na de acute fase van het infarct een hoge mortaliteit veroorzaakte.

A. J. M. Daniels

## INGEZONDEN

### *Mastitis Post Partum*

Het mastitisonderzoek — (1961) huisarts en wetenschap 4, 110 — van het centrum Arnhem van het N.H.G. is in 1958-'59 verricht. Het verslag is gemaakt in de eerste helft van 1960. De samenstellers hebben dus wel de nodige afstand kunnen nemen van hun werk om dit — en het daarop nogal forse reageren van de redactiecommissie van „huisarts en wetenschap” en van collega Nelemans — nog eens kritisch te kunnen bekijken.

Wij willen dan nogmaals constateren, dat het hele mastitisprobleem in de literatuur stiefmoederlijk is bedeed. Daarom maakt de aanhaling van de Snoo's leerboek uit 1933 op ons niet veel indruk.

Er is bovendien in de laatste decennia een andere wind gaan waaien in ons therapeutisch handelen. Wij bedoelen hiermede bijvoorbeeld de tetanus-profylaxe en de toepassing van antibiotica in de chirurgie; hoe vaak worden deze terecht en hoe vaak worden ze onnodig toegepast? Behandelen artsen nog wel pneumonieën zonder sulfapreparaten of antibiotica? Er zijn nog wel meer voorbeelden te noemen. Wij zijn geneigd zo weinig mogelijk risico te nemen en dat dwingt ons vaak tot onnodige handelingen. Maar moet men dit alles dan maar onwetenschappelijk noemen? Wij zitten hier in het grensgebied tussen „geneeskunst” en „geneeskunde” en het is voor een practicus vaak bijzonder moeilijk daarin zijn weg te vinden. Zijn ervaring is daar wel degelijk een belangrijke factor bij.

Bovenstaande instelling was aanwezig, toen wij één „double-blind”-onderzoek afwezen; de opzet is echter wel zeer uitvoerig overwogen. Wanneer dan collega Nelemans aan het eind van zijn kritiek met een nieuwe proefopstelling komt — die naar onze mening inderdaad geslaagd is — hebben wij toch het gevoel dat onze gegevens zijn opstelling hebben

mogelijk gemaakt. Onze opmerking, dat een vroeg toedienen van een antibioticum bij mastitis niet belangrijk lijkt, is daarvoor een argument. Nelemans' kritiek op de veelheid van gegevens kunnen wij begrijpen, het had eenvoudiger gekund. Het door ons gebruikte enquêteformulier is in 1958 door het „Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde" gezien en gecorrigeerd. Tegen onze criteria betreffende de diagnose van mastitis werden geen bezwaren gemaakt. Ons onderzoek, dat dus niet het fiat had van het „college van dienstbare mannen", is geboren uit de behoefte iets te doen op het gebied van de huisartsgeneeskunde (c.q. kunde), waarover nog weinig vaststond.

Als we het nu nog eens rustig bekijken, valt ons een zwakke plek op, waar de golven van kritiek merkwaardigerwijze langs zijn gespoeld. Dat zijn de 19 gevallen in de tweede week post partum. Daar zijn zeker gevallen van zogstuwning zonder meer bij geweest. Er zal dus een aantal gevallen (misschien wel 13 of 14 als we de reeks laten opklimmen) bij zijn, waarvan de diagnose mastitis twijfelachtig is. Het is

echter nooit te zeggen wat het wordt, maar het zou wel zaak zijn, vooral in de eerste twee weken post partum, niet te vroeg met een antibioticum te beginnen (dat zijn naar wij menen ook de gevallen, waar de Snoo op doelt, kennelijk uit de kliniek).

De huisarts blijft echter de mastitis zien als een schrikbeeld met pus, incisies, contra-incisies, drains, frequente verbandwisselingen en verdriet in het gezin. Dat 56 van de 58 vrouwen dit bespaard bleef verheugt ons, want hiertegenover staat nog steeds de mening, dat men een mastitis moet laten rijpen om vervolgens naar het mes te grijpen.

Tenslotte nog één opmerking over de „wetenschappelijke" kant van ons verslag. We hebben dit beslist niet vooropgesteld, wat Nelemans wel doet als hij over „minimale eisen" spreekt. We hebben met enthousiasme de gegevens verzameld en getracht deze te rangschikken en zelfs met enig plezier de zwaarwichtige reacties gelezen.

C. Giesberts en D. J. Hartman

## NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

### UIT DE NOTULEN

#### *Bestuursvergadering van 12 januari 1961*

Moeilijkheden met de personeelsbezetting van het secretariaat waren oorzaak van het ontbreken van verslagen in deze rubriek gedurende een aantal maanden. De gehele achterstand in te halen ligt niet in het voornemen. Wel zal worden getracht vanaf deze eerste bestuursvergadering in het nieuwe jaar weer regelmatig mededeling te doen over wat het N.H.G.-bestuur bezighoudt en op deze wijze enigszins te voorzien in de behoefte aan informatie van de N.H.G.-leden of — zo men wil — aan een soort periodieke verantwoording-in-het-kort van de bestuurswerkzaamheden.

Omstreeks de jaarwisseling had het N.H.G.-bestuur het vertrek te betreuen van van der Marel, die namens de L.H.V. en van Melief, die namens de Maatschappij het N.H.G.-bestuur van advies dienden. De voorzitter sprak namens het N.H.G. dankwoorden voor het vele, dat beide collega's voor het Genootschap hebben gedaan en onderstreepte nog eens het grote belang, dat het N.H.G.-bestuur aan deze vertegenwoordigingen hecht. Hij prees zich echter gelukkig collega L. J. Degenaar als opvolger van van der Marel in de vergadering te kunnen verwelkomen en sprak namens alle aanwezigen de wens uit voor een goede en vruchtbare samenwerking, daarbij tevens uiting gevende aan zijn hoop binnenkort ook in de gelegenheid te zijn een opvolger van Melief te mogen begroeten.

In overleg met de congrescommissie werd besloten de geriatric in het programma van het ledencongres 1961 op te nemen en de pedagogie een plaats te geven in het programma van het ledencongres 1962.

Met de secretaris van het centrum Drente werd van gedachten gewisseld over de situatie in zijn centrum. Voor een regelmatig centrum-leven zijn er eigenlijk te weinig leden en bovendien spelen de grote afstanden tussen de drie daarvoor in aanmerking komende centra (Assen, Emmen en Meppel) hierbij nog een ongunstige rol. Als eerste middelen om te komen tot een uitbreiding van het aantal leden en tot activering van de reeds aanwezige leden werden genoemd de persoonlijke benadering en het inrichten van een tentoonstelling, omlijst door enkele voordrachten over het N.H.G. in een drietal plaatsen in deze provincie.

Met de per 1 februari 1961 benoemde chef de bureau, de heer J. F. Jongeneel, werd kennis gemaakt. De voorzitter sprak de hoop uit, dat deze nieuwe functionaris zich in het Genootschap zal thuis voelen en een groot aandeel zal hebben, niet alleen in het secretariaatswerk, maar met name ook in het tot stand brengen van een goede coördinatie tussen alle organen van het Genootschap, waarbij de gedachten natuurlijk in de eerste plaats uitgaan naar de centra.

Memoranda van alle bestuursleden over het activeren der centra werden besproken. Besloten werd het D.B. op te dragen een plan op te stellen, na zich van deskundige voorlichting te hebben voorzien.

In verband met de te organiseren conferentie „Opleiding Huisarts" hadden enkele leden een persoonlijk en zuiver informatief contact gehad met hoogleraren van verschillende universiteiten. De uiteenlopende meningen, die bovendien niet de opvattingen van de faculteiten in hun geheel vertegenwoordigen en tot grote omzichtigheid manen, waren aanleiding het D.B. te verzoeken de opzet van een dergelijke conferentie eerst nog eens met een in deze aangelegenheden deskundige te bespreken.

Ook over de rol, die de farmaceutische industrie zou kunnen spelen bij de financiering van noodzakelijke N.H.G.-activiteiten, werd uitvoerig van gedachten gewisseld. Algemeen was men het er over eens, dat dan aan de farmaceutische industrie als geheel financiële hulp zou moeten worden gevraagd en niet aan enkele, bij een bepaald onderzoek betrokken industrieën afzonderlijk.

Mogelijkheden voor een beter contact met de „Kruisverenigingen" werden onder het oog gezien, maar tot een concreet plan kwam het nog niet. Dit neemt niet weg, dat unaniem een nauwe samenwerking met het „kruiswerk" als uiterst belangrijk werd gezien.

Tenslotte werd namens de landelijke studiegroep „Praktijkvoering" nog medegedeeld, dat de definitieve zwangerschapskaart nu gereed is.

#### *Bestuursvergadering van 9 februari 1961*

In deze vergadering werd Dr J. C. van Es gekozen tot ondervoorzitter van het Genootschap.

Mededeling werd ontvangen, dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst vanaf 1 februari 1961 in de vergaderingen van het N.H.G.-bestuur zal worden vertegenwoordigd door haar secretaris, W. J. de Jager. Aldus is op gelukkige wijze voorzien in de opvolging van P. B. A. Melief. De voorzitter sprak er zijn voldoening over uit, dat de Maatschappij haar vertegenwoordiging in het N.H.G.-bestuur heeft willen continueren en gaf uiting aan zijn hoop, dat de samenwerking met de Jager even nuttig en aangenaam zal zijn, als deze jarenlang met Melief is geweest.

Van 27 tot 29 april 1961 zal door de commissie Nascholing, in samenwerking met het Dr Veeger instituut en de r.k. universiteit, te Nijmegen een huisartscursus worden georganiseerd, die tot thema zal hebben „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte". Dat de minister van Maatschappelijk Werk, Dr M. A. M. Klompé, bereid is gevonden deze cursus te openen en de minister van Sociale Zaken en Volks-