

Bij wat grotere kinderen zijn de klassieke symptomen van meningitis wat duidelijker, hoewel door tegenwerking van het kind niet altijd gemakkelijk te vinden. Als hulpmiddel beveelt Dennis aan een lichtje (otoscoop) op de navel van het kind te zetten; het wordt dan nieuwsgierig en probeert er naar te kijken, wat met een stijve nek niet lukt.

De vroege diagnose berust dus vooral op het denken aan een meningitis.

Identificatie van het etiologische agens vereist uitgebreid bacteriologisch onderzoek, maar door het bekijken van een methyleenblauwpreparaat kan men ook een stuk verder komen, evenals door de proef van Pandy en een glucosebepaling in de liquor, die geen uitgebreid laboratorium vereisen. Voorafgaande antibiotische behandeling kan het bacteriologisch onderzoek bemoeilijken. Het eiwitgehalte van de liquor is bij een purulente meningitis meestal verhoogd (Pandy positief). Het suikergehalte blijft bij virusinfecties meestal normaal, terwijl het bij bacteriële infecties meestal daalt.

Wat de bacteriologie betreft, bij de pasgeborene is *Escherichia coli* meestal de oorzaak, later vindt men meestal *Haemophilus influenzae* maar ook allerlei kokken. Boven drie jaar is de meningokok het meest frequent.

Wanneer een juiste bacteriologische diagnose niet mogelijk is raadt de schrijver een gecombineerde behandeling aan met 1 tot 3 miljoen eenheden penicilline per dag (vooral tegen pneumokokken, streptokokken en minder stafylokokken en de influenzabacil). chlooramphenicol, 25-100 mg/kg lichaamsgewicht per dag (vooral tegen *Haemophilus influenzae* en colibacillen), sulfadiazine in een aanvangsdosis van 2 g/kg lichaamsgewicht en een onderhoudsdosis van 0,2 g/kg lichaamsgewicht (werkt vooral op meningokokken) en streptomycine, gedurende vier dagen 40-50 mg/kg lichaamsgewicht (tegen tuberkelbacillen en influenza).

J. G. Antvelink

61-062. Mumps epididymo-orchitis and its treatment with cortisone. Kocen, R. S. en E. Critchley. (1961) *Brit. med. J.* II, 20.

Aangezien in de literatuur tot dusver zeer tegenstrijdige mededelingen zijn verschenen over het nut van het gebruik van corticosteroiden bij epididymo-orchitis ten gevolge van parotitis epidemica, hebben schrijvers getracht door een systematisch onderzoek deze vraag te beantwoorden.

In een Gurkha depot in Malakka, brak na aankomst van nieuwe recruten uit Nepal een parotitis epidemica epidemie uit, die bijna driehonderd personen aantastte en waarvan 35 als complicatie orchitis of epididymo-orchitis kregen. Al deze 35 personen werden in een hospitaal opgenomen, waarbij zij naar volgorde van binnenkomst werden verdeeld in twee groepen. Alle patiënten kregen volledige bedrust.

De ene groep werd behandeld met cortison per os volgens het volgende schema: de eerste dag viermaal 75 mg, de tweede en derde dag viermaal daags 50 mg, daarna twee dagen viermaal daags 25 mg, en tot slot een dag tweemaal 25 mg, zodat in totaal 950 mg werd gegeven, verdeeld over zes dagen.

De tweede groep kreeg niets.

Dagelijks werden van alle patiënten de testikels onderzocht op zwelling, pijn en weekheid. Weekheid was gemakkelijk te constateren en werd beschouwd als een voortduren van de orchitis.

De diagnose parotitis werd steeds aan de hand van complementbindingsreacties geverifieerd op de dag van opname, en tien dagen later. Bij het verlaten van het hospitaal werd de toestand van de testikels genoteerd en alle patiënten werden drie, vijf en zeven maanden later gecontroleerd, waarbij de toestand van de testikels werd geklassificeerd als: normaal, klein, week, week en klein en geatrofieerd.

Wat waren nu de resultaten van het onderzoek? In de eerste plaats werd gevonden dat noch de absolute titer van de complementbindende antistoffen, noch de veranderingen daarvan in de loop des tijds in enig verband stonden met de ernst der ziekte of haar gevolgen, maar er schijnt wel een aantoonbare vermindering van de antilichamenvorming te zijn in de gevallen die met cortison zijn behandeld.

Verder werd gevonden, dat cortison een statistisch duidelijke werking had op de duur der koorts ($0.001 < P < 0.01$),

maar dat de duur van de andere symptomen er niet statistisch duidelijk door werd beïnvloed, en dat cortison-therapie ook geen effect had op de uiteindelijke toestand der testikels. Deze laatste scheen wel tot op zekere hoogte in verband te staan met de duur der zwelling. Hoe korter die zwelling had geduurd hoe minder kans bestond op atrofie bij controle zeven maanden later. Op die zwelling schijnt cortison geen duidelijke invloed te hebben.

De duur der pijn tijdens de acute fase, de weekheid van de testes in die periode en de mate van de koorts hadden geen invloed op de uiteindelijke toestand der testikels, welke men, naar uit het onderzoek bleek, pas na vele maanden definitief kan beoordelen.

Testisbiopsie werd niet verricht. Uit onderzoek van anderen is echter gebleken dat atrofie meestal gepaard gaat met verminderde spermatogenese, doch dat ook in sterk geatrofieerde testes nog levend sperma kan voorkomen, zij het ook in sterk verminderde hoeveelheid.

De conclusie is, dat het geen zin heeft bij epididymo-orchitis ten gevolge van parotitis, corticosteroiden te gebruiken.

L. J. Bastiaans

62—8r. Patiënt en zieke. Querido, A. (1962) *Ned. T. Psychol.* 17, 97.

Uit de resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, van 40 tot 65 jaar oud (R. M. van der Heide, dissertatie, Amsterdam, 1959) bleek het bestaan van een groot aantal afwijkingen waarvoor geen doktershulp was ingeroepen hoewel zij aan de betrokkenen bekend moesten zijn.

Bij het opstellen van dit onderzoek werd vanzelfsprekend aangenomen, dat mensen, die merken dat er iets niet met hen in orde is, naar de dokter gaan. Dit blijkt echter geen regel te zijn en men wordt geattendeerd op het onderscheid tussen een patiënt, dit is een persoon, die, al of niet ziek, een arts in diens kwaliteit raadpleegt, en een zieke, die wordt gedefinieerd als een persoon, bij wie objectieve tekenen aanwezig zijn van een gestoorde harmonie in zijn organisme. De zieke heeft iets: namelijk verschijnselen, symptomen; de patiënt heeft iets gedaan: namelijk hulp gevraagd. Deze tegenstelling heeft zich juist bij het onderzochte materiaal voorgedaan, omdat het een steekproef uit de bevolking betrof en niet een door geneeskundigen bijeen gebrachte groep, zoals ziekenhuispatiënten of bezoekers van een polikliniek.

De auteur noemt verschillende, niet onbelangrijke aspecten, welke de onderscheiding tussen zieke en patiënt bieden. De belangrijkste hiervan is waarschijnlijk wel, dat wij vrijwel niets weten omtrent de beweegredenen, die iemand naar de dokter doen gaan. „Motivational research” en „consumer attitude” in de geneeskunde vormen een terrein, waar de schrijver rijke resultaten verwacht van de samenwerking tussen sociaal-geneeskundige en sociaal-psycholoog.

H.

Het lezen waard

Boeken waarin ervaringen verwerkt zijn van medische medewerkers aan Medisch-Opvoedkundige Bureaus zijn vrij zeldzaam. Hoewel de hier genoemde boekjes niet speciaal voor artsen zijn geschreven, zijn zij zeker voor hen het lezen waard.

Dr A. J. de Leeuw-Aalbers, Kind en Gezin. De Tijdstroom, Lochem, derde druk, 1961, 94 bladzijden, prijs f 3,90.

Dr E. C. M. Frijling-Schreuder. Het onvolledige gezin. Van Gorcum en Comp., Assen, 1959, 67 bladzijden, prijs f 4,90.

ERRATUM

De inleidende alinea van het artikel Hoofdpijn in de keel-, neus- en oorheelkunde — Reydon, B. N. (1962) huisarts en wetenschap 5, 157 — werd onjuist geredigeerd en dient als volgt te worden gelezen:

Onder de talloze patiënten, die over hoofdpijn klagen, vor-

men diegenen, bij wie de oorzaak der hoofdpijn op het terrein van de keel- neus- en oorzaken ligt, een niet te verwaarlozen groep. Een systematische behandeling van dit onderwerp voor de huisarts is dan ook van nut.

Redactie

INGEZONDEN

Het home-team en het gezondheidscentrum

De voordracht van collega Huygen, die in (1962) huisarts en wetenschap 5, 119 is opgenomen, opent bij de behandeling van langdurend zieke, vaak bejaarde, patiënten nieuwe mogelijkheden. Er is een overeenstemming met het „home-care” in de Verenigde Staten; het verschil tussen het home-team van Huygen en het home-care is, dat bij het home-care het ziekenhuis een rol speelt.

In ons land heeft de huisarts geen klinische taak meer in het ziekenhuis; hij is uit het ziekenhuis verdreven door de intrede van de specialisten, die hun gespecialiseerde kennis in het ziekenhuis ten goede doen komen van de zieke mens. De specialist heeft voor zijn diagnostiek en zijn therapie het ziekenhuis nodig, dat hem de technische apparatuur en de medische en paramedische medewerkers verschaft. Bovendien strekt het ziekenhuis zijn zorg niet alleen uit over de opgenomen patiënten, maar houdt zich ook nog bezig met mensen, die ambulante zijn en specialistische hulp zoeken en verkrijgen op de ziekenhuispolikliniek. Voor al deze patiënten stelt het ziekenhuis de specialisten en het uitgebreide apparaat, dat in het ziekenhuis aanwezig is, ter beschikking. Het ziekenhuis neemt in steeds toenemende mate deel aan de gezondheidszorg in uitgebreide zin. De bevordering van de gezondheid en het voorkomen van ziekten gaat mede tot de taak van het ziekenhuis behoren door het oprichten van consultatiebureaus in de polikliniek, door spreekuren van maatschappelijke werkers, diëtiste, enzovoort in de polikliniek. Ziekenhuis en polikliniek behoren een onderdeel te zijn van regionale en nationale activiteiten op gezondheidsgebied. Samenwerking van ziekenhuis, ziekenhuispolikliniek en kruisvereniging is de basis van een gezondheidscentrum. Vaak houden huisartsen spreekuur in een polikliniek; wijkverenigingen hebben er soms hun zusterspreekuren; afdelingen van een consultatiebureau voor tuberculose, afdelingen van de G.G. en G.D., E.H.B.O.-hulp-posten, de tandarts, de verloskundige, enzovoort kan men op een polikliniek aantreffen.

We spreken graag in navolging van Prof. Querido over integrale geneeskunde, omdat de mens een eenheid is, die men niet vermag te isoleren in onderdelen en de geneeskunde heeft te maken met de mens in zijn betrekking tot de buitenwereld; de mens bevindt zich ook in zijn ziekte in een steeds veranderende situatie, die beïnvloed wordt door tal van persoonlijke, gezins- en maatschappelijke omstandigheden.

In dit bewustzijn treedt het ziekenhuis buiten zijn muren. Het ziekenhuis moet zich een taak weten niet alleen in een door specialisten bemande polikliniek, maar in een gezondheidscentrum, waar zoveel mogelijk aspecten van de gezondheidszorg hun plaats vinden. De zieke mens is niet de mens met een geestelijke en/of lichamelijke disharmonie, die zich beperkt tot zijn eigen geest en lichaam; de zieke mens vertoont een innerlijke disharmonie, die mede veroorzaakt wordt door een verstoorde relatie met God. Een bundeling van alle ten dienste staande hulpmiddelen om de naaste te helpen geeft de beste en de meest uitgebreide gezondheidszorg.

De zieke mens thuis, of in het ziekenhuis opgenomen of behandeld op een polikliniek of een consultatiebureau heeft behandeling nodig door een arts en/of verpleegsters, die onder de verschillende omstandigheden vaak één persoon zijn. Het gezondheidscentrum kan het uitgangspunt zijn van behandeling thuis of op een polikliniek of in het ziekenhuis (door verwijzing respectievelijk van huisarts of specialist) in de meest uitgebreide zin.

Inschakeling van het ziekenhuis bij behandeling thuis van langdurend zieken en invaliden wordt in het buitenland al gerealiseerd (home-care in de Verenigde Staten). Bezoek aan huis van de aan het gezondheidscentrum en het ziekenhuis verbonden specialisten met gebruikmaking van hulpmiddelen, waarover het ziekenhuis of het centrum beschikt, zoals rönt-

gen, laboratorium, electrocardiogram en elektro-encefalogram. Juist omdat het ziekenhuis en gezondheidscentrum over dezelfde huisartsen-, specialisten-, laboratorium- en röntgenafdeling beschikken, is behandeling in teamverband mogelijk. Aan de ploeg, die de thuisbehandeling verzorgt, moeten ook deelnemen de geestelijke, de wijkverpleegster, de maatschappelijk werkster, de leiding van de gezinshulp en in speciale gevallen ook nog andere niet met name genoemde personen als de welfare zuster, de masseuse, de tandarts. Bundeling van de rapporten en geregelde bespreking van de rapporten en de resultaten van alle zorg is noodzakelijk en mogelijk door de teamvorming onder een vaste leiding te stellen. De sociale aspecten komen eerst dan tot zijn recht.

De coördinatie van allen, die een patiënt in een ziekenhuis onderzoeken en behandelen wordt als vanzelfsprekend beschouwd. Zonder samenwerking van allen, die in het ziekenhuis werken, worden geen optimale resultaten bereikt. Even vanzelfsprekend behoort het te zijn, dat behandeling thuis gebundeld wordt. De grote groep van langdurend zieken of invaliden, vaak bejaarde patiënten, die thuis worden verzorgd of verpleegd kent deze coördinatie nog niet. Dr. Bluestone, die in New York het home-care van het Montefiore Hospital reeds sinds 1946 organiseerde stelt, dat de bejaarde patiënt lichamelijk en geestelijk een deel is van de gemeenschap. De zieke en ziekte moeten niet alleen medisch worden benaderd, maar ook gezien worden in het sociale geheel. Juist als de ziekte lang duurt, gaan de sociale aspecten een belangrijke rol spelen. Heel veel patiënten, die geruime tijd ziek zijn, kunnen beter in eigen milieu dan in het ziekenhuis verpleegd worden. Het gevaar van het ziekenhuis is, dat de mens in het ziekenhuis geïsoleerd raakt; contacten met de gezinsleden dreigen verloren te gaan. Als men zich afvraagt of de noodzakelijke medische behandeling thuis kan geschieden, dan is dat mogelijk, indien men de voorwaarden daarvoor zo gunstig mogelijk maakt. Daarvoor moeten vele voorwaarden op medisch, paramedisch, huishoudelijk en vele andere gebieden worden vervuld. Allereerst moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- a De ziekte, waaraan de patiënt lijdt moet thuis behandeld kunnen worden. De patiënt is al dan niet bedlegerig.
- b De maatschappelijk werkster onderzoekt het verband tussen de eventueel aanwezige geestelijke spanning en het gezinsleven. Het moet zo zijn, dat het voor de patiënt het beste is thuis te zijn.
- c De afstand tussen patiënt en ziekenhuis, respectievelijk gezondheidscentrum mag ook per auto niet te ver zijn (niet verder dan een half uur bijvoorbeeld).

Het team, dat deze behandeling thuis verricht bestaat in eerste aanleg uit de behandelend arts, een verpleegster en een maatschappelijk werkster. De behandelend arts bepaalt als leider van het team welke andere deskundigen moeten worden ingeschakeld, bijvoorbeeld de orthopedisch chirurg, de psychiater of de tandarts. Gezamenlijk wordt bepaald of thuis fysieke therapie of bezigheidstherapie wordt gegeven, of huishoudelijke hulp nodig is. In familieverband kan en moet die huishoudelijke hulp meestal worden gegeven; de verpleegster leert zo mogelijk een familielid bijvoorbeeld injecties geven of instrueert tot bepaalde technische handelingen. Door al deze activiteiten kan de patiënt thuis zeer persoonlijk worden behandeld. Er wordt een geheel verantwoorde en volledige behandeling mogelijk met behoud van alle gezins- en maatschappelijke bindingen. De georganiseerde thuishulp kan bij een coördinatie centraal worden geleid en geadmistreerd, waardoor de medische en paramedische zorg, die de aan huis gebonden patiënt nodig heeft gedurende een bepaalde periode of perioden van zijn ziekte optimaal wordt. Naast de gecentraliseerde verantwoordelijke instantie voor de coördinatie van alle hulpverleningen en de administratie is een plan noodzakelijk voor de voorziening van alle diensten met de coördinatie hiervan. Ziekenhuis, gezondheidscentrum, wijkverpleging en gezinszorg zullen gezamenlijk de thuiszorg op zich moeten nemen. Coördinatie door het vormen van een team, dat een beperkt aantal patiënten thuis verzorgt, maakt de thuisverzorging in een uitgebreide vorm mogelijk. De leiding van de thuisver-