

Wat betreft de behandeling van de beschreven afwijkingen aan het colon is men algemeen van mening, dat deze in eerste instantie zo mogelijk conservatief dient te zijn. Hierbij zal men dienen te zorgen voor een slakkenarm dieet, dat tevens eiwitrijk is; dus bijvoorbeeld rijst, sago, tapioca, vruchtensap, vlees, gekookte eieren en dergelijke. Daarnaast zullen spasmolytica van nut kunnen zijn en, bij ontstekingsverschijnselen, antibiotica. Het meest eenvoudig zijn darmdesinfectia als Sulfasuxidinum, Salazopyrine en dergelijke. Zonodig kunnen breedpectrum antibiotica worden gegeven. Een operatieve therapie is vanzelfsprekend geïndiceerd bij perforatieverschijnselen, zeer heftige bloedingen of een zich ontwikkelende ileus.

Door een betere preoperatieve sterilisatie van de darminhoud, verbeterde anesthesie en intensievere voor- en nabehandeling der patiënten, gaat men de laatste jaren meer en meer over tot een darmresectie bij de daarvoor geschikte patiënten met diverticulitis. Dit zijn:

- 1 Patiënten onder de 50 jaar met een gelokaliseerde diverticulitis, daar bij deze jonge men-

sen toenemende klachten en verschijnselen kunnen worden verwacht;

- 2 patiënten met recidiverende ontstekingen met complicaties;
- 3 patiënten met een blijvend verhoogde bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes, als uiting van een chronische ontsteking, met anemie als gevolg hiervan, en wanneer tenminste de algemene toestand verder goed is;
- 4 patiënten, waarbij een neoplasma niet met zekerheid kan worden uitgesloten.

In het laatste geval moeten we er ons dus bewust van zijn, dat hier een zeer uitgebreide resectie nodig zal zijn teneinde het betreffende lymfestroomgebied tevens in zijn geheel te kunnen verwijderen.

We moeten er echter goed aan blijven denken, dat diverticulitis-patiënten gewoonlijk oude patiënten zijn, in een matige algemene toestand, bij wie vaak vele achtereenvolgende aanvallen met succes conservatief werden behandeld, terwijl direct levensgevaar niet zo vaak voorkomt.

Jong, F. D. de (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 1801.
Renes, G. J. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 502.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-035. *Counseling parents of children with cleft lips and palates. Spriestersbach, D. C. (1961) J. Chron. Dis. 13, 244.*

Het geboren worden van een kind met een gespleten verhemelte of/en een hazelip, roept verschillende problemen van psycho-sociale aard op. In de eerste plaats wordt een behandeling gevraagd om het kind beter te leren spreken, maar hier helpt de beste chirurgische en spraakkundige hulp niet, wanneer het kind niet beschikt over een minimum aan sociaal gevoel en het de drang tot communicatie mist. Ten tweede wordt in onze cultuur zeer grote waarde gehecht aan fysieke aantrekkelijkheid waardoor een individu met misvormingen in het gelaat als „anders dan de anderen” wordt beschouwd en zichzelf ook gemakkelijk als zodanig ziet, waardoor het defect een betekenis krijgt, die ver uitgaat boven de anatomische afwijking zelf. Ook kan het hebben van een misvormd kind bij de ouders gevoelens van angst en schuld oproepen. Vooral de moeder is daarvoor vatbaar, waar in onze cultuur het aandeel van de moeder in het algemeen zwaarder wordt beschouwd wanneer er een misvormd kind wordt geboren. Tenslotte weegt ook de teleurstelling van de ouders, die, als iedereen, een „gaaf” kind hadden gewenst, zwaar.

Deze overwegingen gelden overigens niet alleen voor mensen met een hazelip.

Om een inzicht te krijgen over de wijze waarop personen met gespleten verhemelte of lip zich aanpassen, werd in Iowa een grootscheeps onderzoek opgezet, uitgaande van de hypothesen, dat andere factoren dan alleen de anatomische afwijkingen een kind met gespleten verhemelte onderscheiden van andere kinderen, en dat de aanpassingsproblemen voor een deel bepaald worden door de juistheid van de inlichtingen, die de ouders kregen, en de aanpassing van de ouders en de instelling en het gedrag van de ouders ten opzichte van hun kind. Onderzocht werden 175 gezinnen met een kind met hazelip en/of gespleten verhemelte. Tevens werden 175 „normale” en vergelijkbare gezinnen onderzocht. Het belangrijkste deel van het onderzoek was een zeer uitgebreide vragenlijst

met honderden vragen. Deze methode maakt een statistische bewerking mogelijk. Aan de hand van de voorlopige resultaten van dit onderzoek bespreekt de schrijver nu de voorlichting en „counseling” van de ouders.

De eerste reactie bij de ouders, wanneer zij vernemen dat hun kind afwijkingen heeft, zijn voor de moeders meestal in de eerste plaats schrik en daarna bezorgdheid over het uiterlijk van het kind, en voor de vaders de vraag wat er kan worden gedaan, en medelijden met de moeder. Bij de palatoschisis staat vooral de vraag op de voorgrond of het kind kan blijven leven. In de regel hebben de ouders nooit een kind met deze afwijking gezien; hoogstens wel eens een dat werd geopereerd. Het opvangen van deze schok is de taak van de obstetricus. De ouders dienen te worden gerustgesteld, dat er geen onmiddellijk gevaar is voor hun kind, en dat er ter gelegener tijd wel wat aan te doen is (wat in ongeveer 75 procent van de gevallen opgaat). De ouders plegen een onbegrensd vertrouwen te hebben in de mensen, „die het weten”, en het is zaak dit niet te beschamen, noch in woorden noch in houding ten opzichte van het kind. Ten slotte dient de ouders te worden verzekerd, dat de afwijking niet het gevolg is van iets wat zij hebben gedaan of nagelaten, en waarbij ze echter niet de indruk mogen krijgen dat erfelijkheid geen rol speelt.

In de hierna volgende weken komt het er op aan — naast directe adviezen, wat betreft voeding en verzorging — de ouders te doordringen van de therapeutische mogelijkheden (waarbij het gebruik van afbeeldingen van geopereerde gevallen, vóór en na de operatie, van groot nut kan zijn), het opstellen van een plan en de ouders ervan te overtuigen, dat het succes daarvan voor een groot gedeelte van henzelf afhangt, en dat zij deel uitmaken van het team. Iemand moet de moeite nemen om de ouders een en ander duidelijk te maken, en hen te leiden (de huisarts! ref.).

Bij de vraag naar de oorzaak, schijnt het feit dat de „deskundigen” het eigenlijk ook niet weten de ouders gerust te

stellen en het geeft hen een basis om vragen van anderen te beantwoorden met, „ik weet het niet”.

Later is „anticipatory guidance” nodig, dat wil zeggen de ouders moeten worden voorbereid op komende moeilijkheden, als vragen van het kind zelf; eventuele beperkingen, vooral van de spraak; het accepteren door andere groepen en huwelijkskansen. Ook dient hen er op te worden gewezen, dat, in tegenstelling met wat ze graag geloven, hun kind intellectueel geen voorsprong heeft als compensatie.

Samenvattend dient de „counseling” te worden gedaan met in achtneming van het volgende: De ouders maken deel uit van het team, dat het kind verzorgt; constante, telkens herhaalde uiteenzetting van wat er moet gebeuren; positieve, eerlijke benadering van de problemen door alle specialisten en erkenning van de noden der ouders en hun rol in het revalidatieprogramma.

(De in dit artikel geschetste problemen gelden min of meer voor elk gezin met een gehandicapt kind. De gegeven adviezen zijn typerend voor de specialist en het Amerikaanse systeem, waarin de huisarts eigenlijk onbekend is. Naar mijn mening wordt hier een der belangrijkste taken van de huisarts beschreven: de continue zorg voor het gezin en het gehandicapte kind en het *trait d'union* zijn voor het team van specialisten, chirurg, odontoloog, spraakleer, psycholoog en anderen - ref.).

J. G. Antvelink

61-036 Parkinsonisme. *Gillingham, F. J. (1961) J. Chron. Dis. 13, 215.*

Tijdens het achtste congres van de „International society for the rehabilitation of the disabled” te New York bracht de schrijver verslag uit over de operatieve behandeling van 126 Parkinsonlijders. Medicamenteuze behandeling kan wel verbetering brengen, maar het proces niet stuiten. Reeds vroeg werden daarom al pogingen gedaan om langs operatieve weg — in de regel ingrepen aan de *tractus pyramidalis* — de stijfheid en tremoren te verminderen. Parkinson had in 1817 al waargenomen, dat de tremor verdween na een apoplexie. In 1942 onderbrak Russell Meyers de vezels uitgaande van de *globus pallidus* met veel succes. Zijn techniek is sindsdien veel verbeterd, vooral door Fénélon (1950). De moeilijkheid bij deze ingreep is het juist lokaliseren van de aan te brengen destructies. De schrijver volgde een wijziging van de methode van Guiot. Behalve de *globus pallidus*, heeft hij de laatste jaren ook de *ipsilaterale thalamus* geledeerd, waardoor het resultaat verbeterde. Na een uitvoerig lokaliserend onderzoek (encefalografie, ventriculografie), worden met een ingewikkeld richtapparaat de betrokken kernen geëlektrocoaguleerd.

Van de eerste 60 patiënten, bij wie geen selectie werd toegepast, verdwenen of verminderden de tremoren en stijfheid beduidend bij 53. Van de zeven mislukkingen werden er zes toegeschreven aan technische onvolkomenheden. De operatieve mortaliteit was nul. Bij de volgende 66 patiënten werd enige selectie toegepast en een gewijzigde techniek. Ook hier was in 90 procent der gevallen het resultaat uitstekend; 22 van de 126 patiënten werden dubbelzijdig behandeld.

Als contra-indicaties beschouwt de schrijver te uitgebreide afwijkingen, daar het dan niet te vermijden is het cerebrum te veel te beschadigen met als gevolg psychische stoornissen. Ook de leeftijd moet in aanmerking worden genomen, daar bij oudere mensen de kans op intellectuele stoornissen te groot wordt.

De verbetering is vaak dramatisch, maar toch zijn bepaalde aspecten van de ziekte niet door operatieve behandeling te verbeteren, met name de salivatie, de propulsie, oculogyrische crises en de stemafwijkingen. Na de behandeling is een intensieve fysiotherapie nodig om de patiënten te leren hun ledematen weer te gebruiken.

J. G. Antvelink

61-040. The place of the ventouse (vacuum extractor) in domiciliary practice. *Fothergill, R. J. en J. A. Chalmers. (1961) Practitioner 186, 559.*

Bevordering van de baring door vacuümtractie op de kinderschedel is reeds in 1849 door Simpson met succes toegepast. De schrijvers berichten over hun ervaringen met de door Malmström in 1957 geconstrueerde vacuümextractor bij 200 bevallingen. Door een pomp wordt in een fles een luchtdruk-

vermindering teweeggebracht, welke via een buis wordt overgebracht op een metalen kom, die op de kinderschedel wordt aangebracht. Er wordt getrokken aan een handvat, hetwelk met een ketting aan de kom is bevestigd. De kom wordt, als een pessarium, in de vagina gebracht en zo ver mogelijk naar achteren op de schedel geplaatst, om de flexie van de schedel te bevorderen. De vliezen moeten gebroken zijn en men moet ervoor zorgen dat zich geen schede- of cervixweefsel schuift tussen kinderschedel en kom. Door geleidelijke drukvermindering wordt een *caput succedaneum* gemaakt. Na zes of tien minuten is de kom geheel gevuld en is de adhesie van kom en schedel voldoende. Er wordt vervolgens met één hand, tijdens de weeën, in de richting van de bekkenas getrokken, terwijl de andere hand de vasthechting controleert en zo nodig de flexie van de schedel kan bevorderen of de schedel verder in de sacraalholte kan drukken. De kommen zijn 20 mm diep en respectievelijk 40, 50 en 60 mm in doorsnee.

Het verrichten van episiotomie is niet per se nodig.

De schrijvers pasten de ventouse toe bij 151 primiparae en 49 multiparae. Honderdmaal was de indicatie langdurige uitdrijving, 33 maal een trage ontsluitingsperiode. Achtendertig keer werd de ventouse gebruikt, omdat het kind in gevaar was en negentwintig keer omdat de moeder in moeilijkheden verkeerde of moeilijkheden veroorzaakte.

De ontsluiting was in 151 gevallen volkomen. Bij onvolkomen ontsluiting kan de ventouse met succes worden toegepast, doch de schrijvers zijn tegenstanders van het gebruik van de extractor in een vroeg stadium van de baring en zeker van het gebruik van dit instrument om de partus in te leiden, wegens het gevaar van necrose van de schedelhuid bij langdurige tractie.

De methode is veilig, wanneer zij wordt gebruikt in gevallen, waarbij kan worden verwacht, dat de baring binnen één uur zal zijn beëindigd.

Bij spildraaistoornissen is de ventouse zeer nuttig.

De vacuümextractor werd 199 maal aangebracht op de schedel (driemaal op het voorhoofd) en viermaal op de stuit. Bij de stuitbevallingen was het succes volledig. Door applicatie van de ventouse op het voorhoofd werd in twee gevallen correctie verkregen. Bij de achterhoofdsliggingen moest eenentwintig keer de bevalling met de tang worden beëindigd, terwijl driemaal sectio caesarea geïndiceerd bleek, wegens wanverhouding tussen bekken en schedel.

Bij aangezichtsliggingen en volkomen stuitliggingen kan de methode niet worden gebruikt.

De ventouse veroorzaakt geen beschadiging van moederlijke weefsels. Ook de kinderen ondervinden zeer weinig nadelen van deze methode van kunstverlossing. De schedelhuid kan een hematoom vertonen — in deze serie bij twee kinderen — en necrose. De schrijvers zagen viermaal oppervlakkige huiddefecten en eenmaal huidnecrose in kleine plekje.

Vacuümextractie kan in de huisartsenpraktijk worden gebruikt, wanneer er een indicatie is voor beëindiging van de baring bij volkomen ontsluiting, terwijl de schedel is ingedaald tot op of voorbij Hodge 3. De ventouse is dan minder gevaarlijk dan de forceps. Sterilisatie is mogelijk in een kleine pan. Infiltratie van het perineum als voor een episiotomie is nodig. Wanneer de ventouse twee of drie keer loslaat, zonder dat de schedel verder is ingedaald, is beëindiging van de bevalling in een ziekenhuis aangewezen. De schrijvers geloven, dat het juiste gebruik van de ventouse bijdraagt tot vermindering van de sterfte van moeders en kinderen.

N. Bessem

61-046. Epilepsy and car-driving. *Pemister, J. C. (1961) Lancet I, 1276.*

Een Engelse neuroloog heeft 130 van zijn geregeld poliklinisch gecontroleerde patiënten-epileptici bewogen hun gedragingen ten aanzien van het autorijden aan de hand van een vragenlijst te beantwoorden.

Het betrof 70 vrouwen en 60 mannen ouder dan zeventien jaar en allen lijdende aan herhaalde insulten. Patiënten, die nog in onderzoek waren alsook zij, die nog slechts kort aan toevallen leden, waren uitgesloten van het onderzoek. Wél werden in het onderzoek betrokken zij, die dement waren of mentale defecten vertoonden, alsook patiënten met paresen of andere fysieke gebreken, omdat het ondoenlijk bleek onder

deze epileptici een scheiding aan te brengen tussen „overigens normaal” en „overigens abnormaal”.

Het onderzoek behelsde de vraag of de onderzochte al of niet chauffeerde, en of hij (zij) in het bezit was van een geldig rijbewijs. Bezat men een geldig rijbewijs, dan werd gevraagd hoe vaak twaalf van het aanvraagformulier was ingevuld („lijdt u aan epilepsie of aan plotselinge aanvallen van . . . enz.”). Tenslotte waren er vragen over het gevoel van fitheid op de weg, het besef een gevaar voor zichzelf en andere weggebruikers te zijn enzovoort, en vragen over ongevallen, al of niet in verband staande met epilepsie.

Van de 70 vrouwen reed er één; zij bezat een geldig rijbewijs, verkregen door vraag 12 onwaar in te vullen. Acht hadden in het verleden een rijbewijs gehad en hadden het laten verlopen. Van hen waren er echter drie, aan wie een rijbewijs was uitgereikt toen de epilepsie al bestond. Geen van allen was ooit betrokken geweest bij een ongeval.

Van de zestig mannen waren er 27 die reden of althans een geldig rijbewijs bezaten. Vrijwel zonder uitzondering ontken- den zij een ongeval te hebben gehad dat in verband stond met epilepsie; verscheidenen hadden wel eens gedurende een rit een insult gekregen, maar de prodromale verschijnselen waren dan steeds zodanig, dat zij hun voertuig nog veilig konden parkeren. Deze 27 mannen vertoonden de volgende antecedenten: drie hadden een geldig rijbewijs verworven door het aanvraagformulier onwaar in te vullen, maar zij verzekerden nooit te chaufferen. Alle drie hadden zij een auto, en één van hen had zijn verzekering opgezegd tot hij weer vrij van aanvallen zou zijn. Twee anderen, die beiden chaufferen, hadden een rijbewijs — dat drie jaar geldig is — vóór de epilepsie ontstond; zij weten nog niet wat zij zullen doen als verlenging aan de orde is. Eén had zijn rijbewijs in Ierland laten verlopen en reed in Engeland. Eén had zijn aanvraagformulier waarheidsgetrouw ingevuld en kreeg een rijbewijs toen hij vertelde, dat hij alleen nachtelijke aanvallen had. In feite had hij ook insulten overdag. Twee patiënten beantwoordden bij de aanvraag de vraag over epilepsie met „ja” en ontvingen zonder meer een verlenging. Twee reden zonder rijbewijs om vraag 12 niet onwaar behoeven in te vullen; zij prefererden het risico van een kleine boete wegens het rijden zonder rijbewijs boven het spreken van onwaarheid. Zestien rijders vulden hun aanvraagformulier onjuist in; sommigen stonden op het standpunt, dat ze niet aan hun ziekte „leden”; drie anderen, met lichte aanvallen, zeiden dat noch de neuroloog, noch hun huisarts hun ooit had verteld, dat zij epileptici waren.

Van de 33 mannen, die niet chauffeerden en bovendien geen geldig rijbewijs bezaten, hadden 22 nooit achter het stuur gezeten of ooit een rijbewijs gehad. Vijf hadden het laten verlopen; drie anderen hadden het teruggestuurd toen hun verteld was het rijden beter te kunnen staken; twee hadden tijdens de oorlog gereden, maar hun militaire rijbewijs nooit voor een burger rijbewijs geruild en één was het rijbewijs geweigerd naar aanleiding van het juist invullen van vraag twaalf, hoewel hij drie jaren vrij van insulten was.

Hoewel het materiaal klein is, is het waarschijnlijk wel een specimen van de goed respectievelijk middelmatig gecontroleerde epileptische populatie. Wanneer men deze aanvallen corrigeert in die zin, dat invaliden en dementen nooit achter het stuur zullen komen, dan is de conclusie, dat ongeveer tweederde van de epileptische mannen die fysiek tot rijden in staat zijn, dit ook doen. Een punt van belang is, dat deze patiënten niet van zins zijn het rijden op te geven. De schrijver vraagt zich overigens af, of wij het rijden verbieden vanwege het gevaar, dan wel vanwege de faam van de aandoe- ning. Zo bestaat er bij coronairlijders geen enkele hanteerbare dwang hen achter het stuur vandaan te houden, terwijl velen het rijden zelfs niet opgeven na een flink infarkt.

Betrouwbare gegevens over ongevallen ten gevolge van epilepsie ontbreken ten ene male. Waar de gewone automobilist als excuus een moment van „black out” zal aanvoeren, zal de epilepticus zorgvuldig alles verzwijgen, wat hem in moeilijkheden kan brengen met betrekking tot zijn rijbewijs en zijn verzekering.

Wat de arts kan doen, is de patiënt zijn verantwoordelijkheid op het hart binden, eventueel met behulp van de familieleden.

De enige afdoende manier epileptici het rijbewijs te onthouden — zoals in enkele streken van de Verenigde Staten bestaat — gebeurt door het melden van epileptici door de artsen aan het bureau voor de afgifte van rijbewijzen.

A. J. M. Daniëls

Boekbespreking

G. A. Lindeboom, *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde. De erven F. Bohn N.V., Haarlem, 1961. 342 bladzijden. f 31,50.*

Dit boek heeft de niet geringe verdienste de medisch-historische literatuur na lange jaren weer te verrijken met een samenvattend werk van eigen bodem. De in de geschiedenis van zijn vak geïnteresseerde arts moest tot dusver te rade gaan bij een der talrijke buitenlandse handboeken over het onderwerp of terugvallen op twee sterk verouderde werken in de Nederlandse taal: A. H. Israëls' Nederlandse bewerking van H. Haeser's bekende *Lehrbuch der Geschichte der Medizin* van 1875 en E. D. Baumann's *Geschiedenis der geneeskunde* van 1918.

Het antwoord op de vraag waarom het ruim veertig jaar heeft moeten duren alvorens weer een Nederlands werk op dit terrein van de pers komt vindt men geformuleerd op de pagina's 10 en 11 van het hier te bespreken boek. De schrijver vindt er geen doekjes om als hij vaststelt: „De geschiedenis der geneeskunde is het stiefkind van het medisch onderwijs”, waarbij uit zijn toelichting overigens onmiddellijk blijkt, dat hij doelt op de toestand hier te lande. Bovenaangehaalde A. H. Israëls is de enige geweest, die als buitengewoon hoogleraar te Amsterdam de geschiedenis der geneeskunde tot leeropdracht had (1877-1883). De farmacoloog E. C. van Leersum te Leiden had de *historia medicinae* erbij (1904-1910); de werkzaamheid van de lectoren De Lint te Leiden (1928-1936) en Schlichting te Amsterdam (1953-1957) was van korte duur. Voor hen allen gold, dat ze weinig geestdrift bij hun leerlingen wekten. Dat dit gebrek aan belangstelling niet het juiste klimaat schiep voor de publikatie van een Nederlands handboek voor de geschiedenis der geneeskunde is zonder meer duidelijk.

Deze situatie — het zij hier terloops opgemerkt — staat wel in schrilte tegenstelling tot de levendige interesse die men buiten onze landsgrenzen veelal voor medisch-historische onderwerpen aan de dag legt. De *historia medicinae* is aan vele buitenlandse (bijvoorbeeld Amerikaanse en Duitse) universiteiten een verplicht studievak en boeken over medisch-historische onderwerpen vormen daar voor tal van uitgeverij een bepaald aantrekkelijk object.

Er zal wel niemand — en wel allerminst de hooggeleerde auteur zelf — zijn, die meent dat het tij ten onzent zal kenteren nu dit werk is verschenen. Niettemin kan men het streven van de schrijver en de uitgeverij om in Nederland wat meer leven in de brouwerij te brengen nauwelijks hoog genoeg aanslaan. Dit laatste geldt te meer, daar men zich geen betere pleitbezorger voor de geschiedenis der geneeskunde zou kunnen voorstellen dan juist prof. Lindeboom. De schrijver heeft reeds een indrukwekkend aantal publikaties op medisch-historisch gebied op zijn naam staan en hij is bij uitstek deskundig. Hij formuleert exact-wetenschappelijk, doch heeft tevens oog voor het kenmerkende detail en voor het anecdotische.

De Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde bestaat uit elf hoofdstukken, voorafgegaan door een voorwoord en gevolgd door biblio-biografische aantekeningen en een register.

De schrijver heeft (hoofdstukken 1-5) meer dan gebruikelijke aandacht besteed aan de geneeskunst van voor onze jaartelling. De hoofdstukken over middeleeuwen en renaissance (6 en 7) munten terecht uit door uitvoerigheid. Daar- tegenover steken dan, de respectievelijk 30 en 34 pagina's gewijd aan de zo belangrijke 17e en 18e eeuw (hoofdstukken 8 en 9) wat magertjes af. Met de grote plaats, die de schrijver bijvoorbeeld inruimt voor de ontdekking van de bloedsomloop