

De *vouwbladen* met wenken over de voeding van verschillende groepen (de kleuter en peuter, de schoolgaande en opgroeiende jeugd, de ouder wordende mens, de aanstaande moeder, de sportbeoefenaars) en met recepten over verschillende producten (melk, peulvruchten, rauwe groenten, enzovoort). De prijs van de vouwbladen bedraagt 10 tot 20 cent. Een volledige set bevat ruim veertig stuks. Het is een nuttige lectuur voor het publiek in de wachtkamer.

*Het werk van het Voorlichtingsbureau*, een vlot geschreven en met fraaie foto's geïllustreerde publicatie uit „Tussen de rails”, die eveneens aantrekkelijk is om in de wachtkamer te leggen; zij is gratis beschikbaar (slechts een gering aantal is nog voorradig).

De *affiches*, die speciaal vervaardigd zijn om in wachtkamers te hangen, namelijk: De schijf van vijf groepen onmisbare voedingsmiddelen, met het onderschrift: Dat is gezonde voeding; De voeding van de aanstaande en zogende moeder; De voeding van de kleuter; De voeding van het schoolkind; De voeding van de opgroeiende jeugd; De voeding bij sport.

De *cursussen voor dieetpatiënten en hun verzor-*

*gers*. Een drietal cursussen wordt door het bureau georganiseerd en wel de cursus voor suikerzieken, voor patiënten met een zoutarm dieet en voor patiënten met galblaasdiëten. De organisatie geschiedt in samenwerking met de plaatselijke afdelingen van het Groene, het Wit-Gele en het Oranje-Groene Kruis en van de Nederlandse Vereniging van Suikerzieken. De patiënten kunnen zich melden bij één dezer instanties: indien zich 16 personen voor een cursus hebben gemeld, vindt deze doorgang. Wanneer de arts zijn patiënten op deze cursussen attent wil maken wordt hij vriendelijk verzocht dit aan het Voorlichtingsbureau voor de Voeding op te geven. Hij krijgt dan aanmeldingsformulieren voor zijn patiënten met de adressen van de bovengenoemde verenigingen toegezonden.

*Het lezingenprogramma van het Voorlichtingsbureau*, dat ieder jaar tegen september verschijnt en de brochure Materialen en mogelijkheden voor leerkrachten en voorlichters waarin al datgene vermeld staat dat het Voorlichtingsbureau voor de Voeding aan het kader van voedingsvoorlichters biedt.

Het adres van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding is: Koninginnegracht 42, Den Haag (telefoon 180024; giro 130667).

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

62—6r. **Classification of Headache.** *Special Communication (1962) J. Amer. med. Ass. 179, 717.*

Een daartoe benoemde commissie van Amerikaanse specialisten heeft een indeling gemaakt van de verschillende soorten hoofdpijn. Onder hoofdpijn verstaat deze commissie onaangename gevoelens in het gehele hoofd. Het schema is gebaseerd op het mechanisme van de pijnvorming, waarbij er echter op wordt gewezen dat hoofdpijn bijzonder frequent samenhangt met de levenssituatie waarin de patiënt verkeert. Soms kan de hoofdpijn de belangrijkste uiting zijn van tijdelijke of blijvende aanpassingsmoeilijkheden. Deze samenhangen vindt men speciaal bij de eerste vijf groepen.

1 Vasculaire hoofdpijn van het migraine type. Hierbij vindt men herhaalde aanvallen van hoofdpijn, variërend in ernst, frequentie en duur. De pijn is meestal eenzijdig, gaat gepaard met misselijkheid en/of braken en wordt voorafgegaan door, of gaat samen met, motorische, sensorische of psychische verschijnselen. Deze soort hoofdpijn is vaak familiair. Men onderscheidt: klassieke migraine; atypische migraine, dikwijls bestaat hierbij een samenhang met bepaalde duidelijk aanwijsbare omstandigheden, zoals menstruatie, weekend, enzovoort; vasculaire hoofdpijn, die samengaat met blozen, transpireren, versterkte neussecretie, tranenvloed en optreedt in reeksen kortdurende aanvallen gescheiden door langdurige remissies; hemiplegische en ophthalmoplegische migraine; en vasculaire hoofdpijnvormen speciaal gelokaliseerd onder de ogen.

2 Hoofdpijnvormen veroorzaakt door langdurige spierspasmen (muscle-contraction headache), vaak suboccipitaal gelokaliseerd met gewoonlijk psychogene oorzaken.

3 Gecombineerde hoofdpijnvormen (1 en 2).

4 Hoofdpijn veroorzaakt door vasomotorische reacties in de neus.

5 Psychogene hoofdpijn als conversie- of hypochondrisch verschijnsel.

Deze vijf hoofdpijnvormen komen het meeste voor en recidiveren frequent.

6 Vasculaire hoofdpijn niet van het migraine type. Oorzaken: vergiftigingen, hypertensie, enzovoort.

7 Hoofdpijn door tractie aan intracranieële weefsels: tumoren, hematomen, enzovoort.

8 Hoofdpijn veroorzaakt door duidelijke intra- of extracranieële ontstekingen.

9-13 Hoofdpijn veroorzaakt door afwijkingen van de ogen (9), oren (10), neus- en bijholten (11), tanden (12), of van andere anatomische gebieden van hoofd en hals (13).

14 Neuritiden van de hersenzenuwen.

15 Neuralgieën van de hersenzenuwen: trigeminus en glossopharyngeus.

De zogenaamde chronische posttraumatische hoofdpijn is meestal een gecombineerde vorm (2-1b-13-5).

G. J. Bremer.

62—7r. **Opvoeding tot het huwelijk.** *Musaph, H. (1961) Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 16, 418.*

De schrijver, psychiater te Amsterdam, geeft in dit bondige artikel een overzicht van de seksuele problematiek, die hij heeft ontmoet bij normale jonge mensen op de huwbare leeftijd.

Hij deelt de stoornissen als volgt in: 1 Stoornissen berustend op onkunde, die kan worden veroorzaakt door ontbreken van de meest elementaire kennis over anatomie en fysiologie der geslachtsorganen, maar ook door angst of gêne, die het verwerven van feitenkennis verhinderen.

2 Stoornissen, die zijn te herleiden tot de masturbatiepro-

blematiek; speciaal het al of niet adequaat verwerken van angst- en schuldgevoelens is hier belangrijk.

3 Situatiestoornissen; deze liggen meer in het sociale vlak en ontstaan als reactie op de houding van de omgeving.

4 Psychosomatische stoornissen; ook hier weer onverwerkte angst, die zich uit in lichamelijke klachten.

5 Stoornissen in de individuatie en integratie; de seksuele gevoelens hebben nog niet hun plaats in het geheel gekregen.

De richtlijnen voor de therapie zullen moeten zijn: het meedelen van kennis, het streven naar een vergroting van de angsttolerantie en van de frustratietolerantie. Een van de methoden om dit te bereiken is het geven van cursussen voor jongeren, populair „huwelijksschool” genoemd. Daar huwelijk en seksualiteit sterk worden beïnvloed door levens- en wereldbeschouwing zal ook het huwelijksschoolwerk het best kunnen worden gedaan door hieraan aangepaste organisaties.

Schrijver stelt voor daarnaast een overkoepelende commissie in het leven te roepen, waarin behalve vertegenwoordigers van de diverse organisaties ook zitting hebben een vertegenwoordiger van het ministerie van Maatschappelijk Werk en van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Deze commissie zou een adviserende en organiserende taak moeten hebben.

Bij de organisatie van de huwelijksschool worden de beste resultaten bereikt, wanneer men de cursisten verdeelt over drie categorieën: jonge mensen van 18 tot 25 jaar, verloofden, en gehuwden.

De leerstof wordt verdeeld over acht avonden: 1 De plaats van seksualiteit in het leven van de mens; 2 anatomie en fysiologie van de geslachtsorganen van de man; 3 idem van de vrouw; 4 ontwikkeling van de seksualiteit bij de mens van baby tot kleuter; 5 idem van schoolkind tot puber; 6 idem van puber tot volwassene; 7 organisatie van sociale contacten: Kerk, Humanistisch Verbond, N.V.S.H.; 8 forumavond, waarbij alle docenten aanwezig zijn.

De indeling in bovengenoemde categorieën maakt het mogelijk de leerstof aan de behoeften van de groep aan te passen. Elke avond bestaat uit een inleiding van ten hoogste drie kwartier, daarna rondelen van koffie door de cursisten zelf en ten slotte een groepsbespreking onder leiding van de docent. Vooral dit laatste is zeer belangrijk en de docent moet dan ook in staat zijn deze groepsbespreking met vrucht te leiden en te hanteren.

De organisatie van de huwelijksscholen wordt door de schrijver gezien als een dwingende taak in de nabije toekomst voor werkers op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.

N. Bremer-Steinder

#### 62-17. Management of the second twin. *Macdonald R. R.* (1962) *Brit. med. J.* I, 518.

Het onderzoek had tot doel na te gaan of het risico dat het tweede kind van een tweeling bij de bevalling loopt groter is dan dat van het eerste kind. Een serie van 500 op elkaar volgende tweeling-bevallingen, welke plaats had in het Royal Maternity Hospital te Glasgow van 1953 tot 1958, werd onder de loep genomen. In het algemeen kon worden vastgesteld, dat de voornaamste oorzaak van de perinatale sterfte in deze gevallen prematuriteit was, welke kon worden verminderd door bedrust vanaf de dertigste week, of eerder, tot de zesendertigste week der zwangerschap. Na de zesendertigste week is prematuriteit zelden de doodsoorzaak. Voor de dertigste week is preëclampsie, hydramnion en soms hemorrhagie de meest voorkomende doodsoorzaak.

Afgezien van de factor prematuriteit schijnen de risico's voor elk van de beide tweeling-baby's verschillend te zijn. De eerste is aan groter gevaar blootgesteld dan de tweede bij uitgezakte navelstreng, door het overwegen van schedelliging bij de eerste, waarbij voor de navelstreng geen uitwijkbaarheid bestaat en ook de navelstreng vaak al uitzakt, voordat er volkomen ontsluiting bestaat. Als de navelstreng van de tweede baby uitzakt, bestaat er uiteraard reeds volkomen ontsluiting en is snel ingrijpen mogelijk. Bovendien ligt de tweede baby in tegenstelling tot de eerste vaak in stuitligging, waarbij niet zo'n gevaar voor volledig afknellen van de navelstreng bestaat.

Het tweede gevaar, dat voor de eerste baby groter is dan voor de tweede, is intracranieële of intracerebrale beschadiging, omdat het voorliggend hoofdje het baringskanaal nog moet oprekken.

Afgezien van deze twee gevaren is echter de kans op moeilijkheden voor de tweede baby duidelijk groter, ook wanneer men bij de beoordeling de gemacereerd ter wereld komende tweede baby's van de beschouwing uitsluit. Het schijnt op mechanische oorzaken te berusten, dat, indien een van de tweeling gemacereerd ter wereld komt, deze meestal als laatste wordt geboren. Het aantal stuitbevallingen is bij de tweede baby's groter en ook andere abnormale liggingen maken het geboorte-risico groter door kans op asfyxie, trauma of beide. Bovendien kan de plotselinge vermindering der placentaire oxygenatie door het ineens kleiner worden van de baarmoeder na de geboorte van het eerste kind, tot de dood door asfyxie leiden.

Altijd blijkt, dat het premature kind deze schadelijke invloeden slechter verdraagt dan het à terme geboren kind. De voornaamste behandeling, die kan leiden tot vermindering der perinatale sterfte bij tweeling-bevallingen is dus de preventie van de prematuriteit. Verder zal snel en doortastend ingrijpen, als de situatie dat nodig maakt, bijvoorbeeld bij abnormale ligging van het nakomende kind, doch ook vooral handigheid en voorzichtigheid bij de verlossing van het tweede kind verbetering van sterfte-statistieken kunnen geven.

Dat het te vlug breken van de vliezen van de tweede vruchtzak zou leiden tot weënzwakte, bleek niet waar te zijn. Integendeel, hoe eerder men de vliezen brak, hoe groter het percentage spontane bevallingen was en hoe minder de kans op complicaties. Er schijnt een veiligheidsminimum en -maximum te bestaan bij het interval tussen de geboorten van beide kinderen. Het minimum is vijf, het maximum ongeveer 25 minuten. Duurt het interval langer dan worden de kansen voor de tweede baby slechter, omdat de oorzaak van een groter interval atonie van de uterus of abnormale ligging is, waardoor het kind niet spontaan komt.

Onmiddellijk na de geboorte van het eerste kind moet de ligging van het tweede in een lengteligging worden gecorrigeerd. Vijf minuten na de eerste geboorte moet men het voorliggende deel van de tweede baby in de bekkenring omlaag drukken en de vliezen van de tweede vruchtzak breken. Indien de tweede geboorte dan niet binnen 20 minuten tot stand komt, moet men actief ingrijpen en de bevalling kunstmatig termineren.

(Opgemerkt moet worden, dat hier de gang van zaken wordt beschreven in een Engels hospitaal. Er wordt niet bij vermeld hoeveel bevallingen onder narcose geschieden. Vooral wanneer het probleem van de atonie na de geboorte van het eerste kind en de asfyxie wordt besproken, lijkt mij dit toch wel van groot belang om te weten, ref.).

L. J. Bastiaans

#### 62-18. Diabetes mellitus and primary carcinoma of the pancreas. *Clark, G. Ch. en P. E. G. Mitchell* (1961) *Brit. med. J.* II, 1259.

Vaak gaan gevallen van primair carcinoom van de pancreas gepaard met diabetes mellitus. De schrijvers vonden in hun materiaal op 65 gevallen van primair carcinoom van de pancreas tien gevallen van diabetes mellitus. De andere symptomen, die in de eerste plaats moesten worden toegeschreven aan de maligne tumor, waren in volgorde van frequentie: gewichtsverlies, icterus, buikpijn, pijn in de rug, diarree en veneuse trombose. Bij de patiënten, die ook diabetes mellitus als symptoom van de maligne tumor vertoonden, gingen de diabetes-verschijnselen de andere symptomen enige weken vooraf.

De beschreven patiënten waren allen boven de 60 jaar en geen van hen viel in de categorie van de dikke diabetici. De graad van de suikerziekte werd beschreven als licht tot matig, nooit als ernstig en in hun familie was nooit eerder suikerziekte bekend.

In het algemeen onderscheidt men stabiele en onstabiele diabetespatiënten. Tot de stabiele diabetespatiënten worden zij gerekend, die te zwaar en relatief insuline-resistent zijn en geen neiging tot ketose of ketonurie hebben. De onstabiele

zijn gewoonlijk te licht, relatief insuline-gevoelig en neigen sterk tot ketose en ketonurie. Uit het materiaal van de auteurs behoorden van 638 nieuwe gevallen van diabetes, 586 patiënten tot de stabiele en slechts 52 tot de onstabiele groep. Bij tien van deze laatste groep bleek na enige tijd een maligne tumor van de pancreas aanwezig te zijn. Van 638 diabetespatiënten bleek dus 1,3 procent aan een pancreas carcinoom te lijden. Als men alleen de patiënten boven 40 jaar beschouwt, bedraagt dit percentage 1,8.

De diabetes werd soms ontdekt tijdens ziekenhuisobservatie wegens verdenking van een maligne proces. Bij een ander deel van deze patiënten, die een maligne pancreas-tumor hadden, waren de diabetes-verschijnselen slechts kort tevoren, hoogstens een paar weken tevoren, ontdekt. Daarnaast is er echter een andere, veel kleinere groep, door andere auteurs beschreven, waarbij het pancreas-carcinoom optreedt bij patiënten, die al veel langer, soms jaren lang, aan diabetes lijden.

Men moet dus bij oudere diabetespatiënten, vooral als zij in de buurt van de zestig jaren oud zijn en zij tot de onstabiele soort diabetespatiënten moeten worden gerekend en de diabetes nog van vrij recente datum is, erg verdacht zijn op een maligne pancreastumor als mogelijke oorzaak van de diabetes.

L. J. Bastiaans

## Boekbespreking

*J. J. van Loghem. Bloedgroepenonderzoek. Bibliotheek van het Centraal Laboratorium van de bloedtransfusiedienst, Amsterdam, 1962. 77 bladzijden, prijs f 4,—.*

Dit heldere, zakelijke boekje, samengesteld door medewerkers van het Centraal Laboratorium, en onder andere bestemd als handleiding bij de cursussen voor artsen, wil niet meer dan de belangrijkste feiten over bloedgroepen op het gebied van erfelijkheid, serologisch onderzoek en klinische toepassing in het kort vermelden.

De negen bloedgroepstelsels worden overzichtelijk besproken. De betekenis hiervan voor het erfelijkheidsonderzoek, de uitsluiting van het vaderschap (met de bestaande bloedgroepstelsels is de kans ruim 60 procent) en het ethnologisch onderzoek komt voldoende tot zijn recht. Op indringende wijze geeft dit rode boekje op een zwarte bladzijde met grote witte letters de gulden regel van de dubbele kruisproef.

De kruisproef met behulp van de zout/albumine methode, genoemd voor spoedgevallen (bladzijde 70) met minstens 90 minuten incubatie, doet het begrip spoed in de zin van snel handelen geweld aan.

Om een inzicht te krijgen in de ontwikkeling en de betekenis van het wetenschappelijk onderzoek vanaf 1900, kan dit geschrift warm worden aanbevolen.

K. Gill

*J. D. Mulder. De plaats van de operatieve ingreep in de orthopaedie. H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1962. 21 bladzijden.*

Nadat onze jongste universiteit een orthopedische kliniek heeft opgericht en een gewoon hoogleraar in de orthopedie heeft benoemd, heeft de Leidse universiteit Dr J. D. Mulder benoemd tot lector in de orthopedie. Daarmee is de Anna Kliniek opgenomen in universitair verband.

In deze openbare les geeft Mulder zijn toehoorders allereerst inzicht in de plaats die de orthopedie inneemt ten opzichte van de chirurgie, de revalidatie en de traumatologie. In het streven naar herstel van vorm en functie van het bewegingsapparaat maakt de orthopedisch chirurg gebruik van spalken, gips, rekverbanden, beugels, kunstledematen en bijzonder schoeisel.

De operatieve indicatie acht Mulder in de regel relatief en aan de hand van de degeneratieve peeskapaandoening van het schoudergewricht en de arthrosis deformans van het heupgewricht weegt hij de bloedige en de onbloedige methode bij de behandeling hiervan tegen elkaar af. Omdat de indicatie tot operatie relatief is ziet Mulder het gesprek van de arts met zijn patiënt als noodzakelijk, en nuttig voor beiden.

Om inzicht te krijgen over de plaats van de orthopedie in de geneeskunde kan deze openbare les ter lezing worden aanbevolen.

K. Gill

*F. Wibaut. De methode der geneeskunde. Erven F. Bohn n.v. Haarlem, 1962. 285 bladzijden, prijs f 14,—.*

Dit boek wordt aangekondigd als „een kritisch onderzoek naar de grondslagen waarop het medisch denken en handelen steunt” en is daarom van bijzonder belang voor iedere arts. Nadat in het eerste hoofdstuk de geneeskunde als toegepaste ervaringswetenschap wordt besproken, behandelt de schrijver uitvoerig de begrippen waarneming, ervaring, hypothese, definitie en een aantal principes uit de waarschijnlijkheidsberekening en de statistica.

Bijzonder belangwekkend zijn de beschouwingen over het ziektebegrip en het begrip oorzaak in de geneeskunde. De auteur geeft een aantal sprekende voorbeelden van dubieuze redenaties in de geneeskunde, waardoor het geheel tot een boeiend geschrift wordt. Aparte hoofdstukken worden nog gewijd aan de therapie, diagnose, prognose en het taalgebruik in de geneeskunde.

De verschillende hoofdstukken van dit boek lijken mij bijzonder geschikt om als inleiding te worden gebruikt voor een programma van studiegroepen binnen het N.H.G.

De prijs van het boek kon laag worden gehouden dankzij de steun van de „Jan Dekker Stichting” en de stichting „De Drie Lichten”.

Het is jammer dat de schrijver kennelijk niet bekend was met het feit, dat er een gestandaardiseerde methode bestaat om een literatuurlijst samen te stellen.

G. J. Bremer

## Het lezen waard

De Amsterdamse psychiater Dr H. Musaph geeft in het boekje „Het consultatiebureau voor huwelijks- en geslachtsleven” een medisch psychologische beschouwing over het werk van deze bureaus. Uitvoerig komen vooral de resultaten van het seksuologisch spreekuur ter sprake. Voor huisartsen is dit boekje bijzonder het lezen waard (zie ook de bespreking van Prof. Dr G. J. Kloosterman (1962) Ned. T. Geneesk. 106, 1698). Het is gratis verkrijgbaar bij de Nederlandse vereniging voor seksuele hervorming, Bilderdijkstraat 39, Den Haag.

## Ingezonden

In het artikel van Dr Wittop Koning — (1962) huisarts en wetenschap 5, 151 — staat op bladzijde 152: „Een belangrijk verschil is ook, dat het morfinegehalte van opium thans niet meer gelijk is aan dat van opium concentratum (pantopon) namelijk 50 procent. Opium bevat thans 66 procent morfine.”

Dit zou niet juist zijn. Een apotheker, die ik namelijk om opheldering van deze alinea verzocht, keek het met mij na in zijn farmacopee (No 6) en vond de oplossing van deze fout. Zowel opium als opium concentratum (pantopon) zijn beide op een morfinegehalte gebracht van 50 procent morfine, berekend als morfine base. De fout is te verklaren doordat Wittop Koning bij opium niet spreekt over morfine base, maar over morfine HC1 en 50 procent morfine base komt overeen met 66 procent morfine HC1.

Amsterdam, 22 augustus 1962

A. C. G. van Proosdij

Dokter van Proosdij heeft volkomen gelijk wanneer hij zegt, dat er een fout is geslopen in mijn beschouwing. De bedoeling was er op te wijzen dat het gehalte van Opium Ed VI aan Morphini Hydrochloridum niet gelijk is aan dat van Opium Ed V (Hydrochlorates Alcaloideorum Principium Opii). Het is namelijk gebracht van 50 op 66 procent, waarmee het overeenkomt met dat van Opium Concentratum Ed VI. 66 procent Morphini Hydrochloridum komt namelijk overeen met 50 procent morfine base. In plaats van opium concentratum (pantopon) had er dus moeten staan Opium Ed V. Het spijt mij zeer dat deze vergissing is ingeslopen.

Amsterdam, 3 oktober 1962

D. A. Wittop Koning