

de pH is dan 2,1 en de sterkte is ongeveer 0,01 normaal. Na 24 uur werd een monster van het water genomen; bij onderzoek (na 2 dagen) bevatte dit slechts zes kiemen per ml.

Bij een volgende proef werd van een kuip, waarin 51 flessen, na 24 uur een monster genomen; dit bevatte bij onderzoek (na 3 dagen) 13.500.000 kiemen per ml. Na deze 24 uur werd 100 ml zoutzuur aan de kuip toegevoegd. Weer een dag later werd opnieuw een monster genomen; dit bevatte (na 2 dagen) elf kiemen per ml.

Tenslotte werd het kiemgehalte nagegaan na 12 uur weken in aangezuurd water; dit bedroeg (bij onderzoek na 8 uur) 90 kiemen per ml. Het wekt derhalve de indruk, dat het effect bij deze kortere inwerking iets geringer is. Is de spoelkuip dus reeds

geïnfecteerd, dan verdient een inwerkingstijd van ongeveer 24 uur aanbeveling; daarna blijft de spoelvloeistof bacterievrij.

Voor het drogen van flessen is de beste methode deze omgekeerd op een houten rek te plaatsen met de hals tussen de latjes.

Samenvattend kan men zeggen, dat de ongewenste ontwikkeling van bacteriën in het spoelwater van medicijnflessen volkomen kan worden onderdrukt door toevoeging van circa 100 ml ruw sterk zoutzuur per 100 liter water. Met behulp van deze eenvoudige en goedkope methode kan men de reutoufflessen gemakkelijk schoon en bacterievrij krijgen.

Porter, J. R. (1946) *Bacteriological Chemistry and Physiology*. Wiley, New York.

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**61-071. Management of pulmonary tuberculosis during pregnancy.** *Pridie, R. B. en P. Stradling (1961) Brit. med. J. II, 78.*

Lange tijd meende men, dat de eerste drie maanden van de zwangerschap en de tijd direct na de bevalling bijzonder gevaarlijke perioden zijn in het leven van een vrouw, die lijdende is of geleden heeft aan tuberculose. De laatste tijd wordt dit standpunt echter nog al eens bestreden, vooral sinds de invoering van de chemotherapie.

Desalniettemin behandelen nog steeds vele medici de zwangere vrouwen, die een latente of geheel tot rust gekomen tuberculose hebben, met lange perioden bedrust, zowel vóór als ná de bevalling en vaak wordt bovendien de borstvoeding streng verboden, ook in de gevallen, waarin de moeder geen besmettelijke vorm van tuberculose heeft. Eenstemmigheid hierover is nog lang niet bereikt.

De schrijvers trachten een bijdrage te leveren tot het verkrijgen van een vaste gedragslijn in zulke gevallen en betrokken in hun onderzoek alle vrouwelijke patiënten, die begin 1959 waren ingeschreven in de registers van de Hammersmith Chest Clinic te Londen. 73 patiënten met 103 geboorten binnen een periode van vijf jaren nadat zij aan actieve tuberculose hadden geleden, werden geanalyseerd. Patiënten bij wie de ziekte pas werd ontdekt tijdens de zwangerschap, werden van het onderzoek uitgesloten.

Als recidief of verergering van de ziekte werd beschouwd: het produceren van positief sputum, waar dat tevoren niet gebeurde, en röntgenologisch aantoonbare verslechtering. Patiënten met een pneumothorax werden beschouwd als nog lijdende aan actieve tuberculose.

Bij het maken van de analyse werden mede in beschouwing genomen de leeftijd van de patiënten, de mate van uitbreiding van de ziekte, chemotherapie, bedrust en borstvoeding.

Wat betreft de chemotherapie werd onderscheid gemaakt tussen patiënten, die geen chemotherapie hadden gekregen (of slechts minder dan drie maanden in totaal) en degenen die drie maanden of meer chemotherapie ontvingen in het beginstadium van hun ziekte, en zij, die drie of meer maanden chemotherapie ontvingen tijdens de zwangerschapsperiode alleen en ten slotte diegenen, die drie of meer maanden met chemotherapie werden behandeld, zowel tijdens het begin van hun ziekte als tijdens de zwangerschap. De verdeling van deze vier therapie-groepen bleek ongeveer evenredig te zijn, zowel over de diverse leeftijdsklassen als over de klassen, waarin men de patiënten kan verdelen naar gelang de uitbreiding van hun ziekteproces.

Het bleek dat er geen reëel verschil bestond in de verdeling

naar de mate van uitgebreidheid van de tuberculose (welke van tevoren bestond) tussen de patiënten, die wel en die niet een recidief of verergering der ziekte doormaakten.

De nu volgende bevindingen zijn statistisch significant. De patiënten, die de chemotherapie ontvingen tijdens de eerste fase van hun ziekte, kregen tijdens hun zwangerschap slechts in 7 procent der gevallen een recidief tegenover 30 procent in de onbehandelde groep. Van degenen die tijdens de zwangerschap chemotherapie ontvingen, kreeg geen enkele, ook niet in het volgende jaar, een recidief, tegenover 27 procent van hen, die geen therapie tijdens de zwangerschap ontvingen. Uiteraard kan niet worden gezegd hoe groot het percentage verslechteringen zonder zwangerschap zou zijn geweest. Van degenen, die noch tijdens de beginfase van de ziekte, noch tijdens de zwangerschap chemotherapie ontvingen, maakte 33 procent een recidief door.

Van borstvoeding bleek geen enkele verslechterende invloed uit te gaan; integendeel het aantal recidieven of verergeringen bij zogende vrouwen was slechts een vijfde van dat bij niet zogende vrouwen. Men moet dit echter met de nodige reserve beschouwen, aangezien slechts diegenen werd toegestaan hun kind zelf te voeden bij wie de tuberculose volkomen rustig bleek te zijn.

Er was geen verschil in het aantal recidieven of verergeringen tussen de vrouwen, die rust moesten houden en zij die dat niet hoefden te doen (misschien ten overvloede moet nog worden opgemerkt, dat het onderzoek zowel de vrouwen omvatte, die tijdens hun zwangerschap geen verschijnselen van actieve tuberculose hadden, als diegenen bij wie de ziekte zich wel in een actief stadium bevond). Het aantal patiënten dat bedrust moest houden was echter slechts elf, dus te klein om conclusies te trekken.

L. J. Bastiaans

**61-072. Post-myocardial-infarction syndrome.** *Davidson, Ch., M. F. Oliver en R. F. Robertson (1961) Brit. med. J. II, 535.*

Onder post hartinfarkt syndroom wordt een serie van zes verschijnselen verstaan, die het eerst door Dressler in 1956 is beschreven.

1 Pericardiaal wrijfgeruis. Terwijl het pericardiaal wrijfgeruis bij het hartinfarkt doorgaans al vroeg in het verloop van de ziekte ontstaat en over het algemeen slechts kort duurt, ontstaat hier het wrijfgeruis later en valt het op door zijn veel langere duur. De schrijvers vermelden een geval waarin het zelfs vier maanden lang te horen was.

2 Pijn in de borst, van wisselende aard, maar duidelijk

anders dan de pijn, die werd gevoeld bij het ontstaan van het infarkt. Meestal was het een zwaar, dof en knellend gevoel voor in de borst, welke bij inspiratie verergerde. De pijn ontstaat wanneer de eigenlijke pijn van het infarkt is verdwenen of hard op weg is te verdwijnen. Dressler schrijft het toe aan het ontstaan van pleuropericarditis.

3 Temperatuurverhoging, die veel langer aanhoudt dan de gewoonlijk slechts enkele dagen durende temperatuurverhoging, die regel is in de eerste dagen na het ontstaan van het infarkt. In een geval duurde de temperatuurverhoging zelfs 102 dagen.

4 De bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes blijft vele weken duidelijk verhoogd.

5 Pericardiaal exsudaat, dat zelfs vele weken na het begin van het infarkt kan ontstaan en ook wanneer andere tekenen van decompensatie ontbreken, zodat het dus als een op zich zelf staand verschijnsel moet worden beschouwd. Dressler schrijft in 1959 dat dit exsudaat soms sterk hemorragisch kan zijn. Men zou het kunnen toeschrijven aan overdosering van de anticoagulantia, doch men neemt het ook waar in die gevallen waarbij deze therapie niet werd toegepast. Toch durven de schrijvers dit symptoom niet geheel als specifiek zien voor het post myocardinfarkt syndroom evenals trouwens de nu nog te beschrijven symptomen, namelijk:

6 Vaak treedt een pleuraexsudaat op. Doch aangezien het moeilijk is om pleuraexsudaten ten gevolge van longinfarcten of hartdecompensatie uit te sluiten verliest dit symptoom veel aan waarde. Dit geldt evenzeer voor het zevende symptoom, pneumonieverschijnselen. Ten slotte wordt als achtste symptoom wel periostitis beschreven en wel vooral van de botten van de borstwand.

Bij al deze symptomen moet vooropstaan, dat er onbetwist en ook elektrocardiografisch een zeker vaststaand myocardinfarkt is geweest. Dressler heeft er op gewezen, dat dit klinische beeld zeer veel lijkt op het beeld na commissurotomie.

De oorzaak van het syndroom is onbekend. De mogelijkheid, dat anticoagulantia lekkage veroorzaken van bloed in de sereuze holten en daardoor pericarditis en pleuritis veroorzaken wordt weersproken door het feit, dat het syndroom ook wordt gevonden bij patiënten, die niet met anticoagulantia worden behandeld. Ook wordt gedacht aan de werking van autoïmmuunstoffen. Het zou kunnen worden beschouwd als een pericardiale en pleurale reactie op niet specifieke beschadiging van het myocard en als zodanig heeft het dezelfde oorzaak als het post commissurotomie syndroom.

Wat de behandeling betreft moet worden opgemerkt, dat tegenwoordig zulke patiënten wel altijd met anticoagulantia zullen worden behandeld, maar dat men het stoppen van die medicatie zal moeten overwegen om het gevaar van plotselinge hemorragische harttamponnade te ontlopen wanneer er al pericarditische verschijnselen aanwezig zijn. Hier moet men het risico van harttamponnade afwegen tegen het risico van recidief van het infarkt en tromboëmbolische complicaties. Gaat men uit van de autoïmmuun-hypothese als oorzaak dan moet men corticosteroiden geven. Hiervan zag men in een deel der gevallen succes, maar ook moest men het wel eens staken, omdat zich decompensatieverschijnselen ontwikkelden, die door de zout en vocht retinerende eigenschap der corticosteroiden zouden kunnen ontstaan of verergeren.

De prognose van het syndroom is, wanneer men het verhoogde risico van harttamponnade uitsluit, niet slechter dan die van het primaire hartinfarkt. De duur van de opname in het ziekenhuis wordt er echter wel belangrijk door verlengd.

L. J. Bastiaans

**62-05. Neue hämatologische Schnellfärbemethode für den praktischen Arzt.** *Boroviczeny, K. G. von (1961) Schweiz. med. Wschr. 91, 1195.*

Schrijver heeft samen met Csemniczky, uitgaande van de methode van Field en diens modificaties een snelle, betrouwbare, gemakkelijke en goedkope kleurmethode voor bloed-sputum-bacteriologische en sperma-preparaten ontwikkeld. De werkwijze is als volgt: het aan de lucht gedroogde preparaat wordt achtereenvolgens zeven tot acht seconden gedompeld en heen en weer bewogen in een toluidinblauw-safranin fixeeroplossing (oplossing I); in een grote bak met leidingwater gedurende drie tot vier seconden gespoeld; gekleurd in een

bak met eosineoplossing (oplossing II) gedurende één tot twee seconden, en dan nogmaals gespoeld in dezelfde bak als bij twee. Na het drogen bij kamertemperatuur is het preparaat gereed en kan worden beoordeeld. De resultaten van de kleuring zijn dezelfde als bij de Giemsa-kleuring.

De samenstelling der kleurstofoplossingen is als volgt. Oplossing I: dikaliumfosfaat 1,0 g, monokaliumfosfaat 0,5 g, toluidinblauw 1,0 g, safranin 0,5 g, cialit 0,1 g, aqua dest. 200 ml, methanol ad 1000 ml. Oplossing II: dikaliumfosfaat 0,5 g, monokaliumfosfaat 2,5 g, eosin w.g. 1,0 g, cialit 0,1 g, aqua dest. ad 1000 ml.

Met een liter kleurstof kunnen ongeveer vijfduizend preparaten worden gekleurd. Goed afgedekt is de kleurstof zeer lang houdbaar en steeds voor gebruik gereed. De kleurstoffen zijn onder de naam Boroviczeny-oplossing I en II te verkrijgen bij Firma Fluka A.G. te Buchs S.G.

J. W. M. Jongen

**62-06. Birthweight of children of diabetic fathers.** *Kellock, T. D. (1961) Lancet I, 1252.*

117 vaders tussen 20 en 70 jaar, die bij een diabetes-kliniek waren ingeschreven en een controlegroep van 117 vaders van dezelfde leeftijd zonder diabetes en voornamelijk afkomstig uit een gastroënterologische kliniek werden onderzocht.

De diabetici hadden tezamen 161 kinderen, de controlegroep 200. Van deze 161 kinderen waren er 12 met een geboortegewicht van 10 Engelse ponden (3730 gram) of meer en 29 van 9 Engelse ponden of meer, tegenover 4, respectievelijk 13 bij de controlegroep. Dienovereenkomstig vindt men in de lagere gewichtsklasse procentueel meer baby's met niet-diabetische vaders dan met diabetische vaders. De mannen in de controlegroep hadden geen echtgenoten die zich ervan bewust waren aan diabetes te lijden; in de groep der diabetici was er één gehuwd met een diabetica; zij kreeg een kind van meer dan 10 Engelse ponden.

Jackson, die bijna tien jaar geleden reeds in Zuid-Amerika (13 procent zware baby's bij vaders-diabetici en 5,4 procent bij controle) en in Boston, U.S.A. (7,4 procent respectievelijk 3,2 procent) opmerkelijke verschillen vond, veronderstelt erfelijke factoren als oorzaak.

A. J. M. Daniëls

**62-08. Die Anamnese bei der Anorexie im Kindesalter.** *Sprockhoff, O. (1961) Münch. med. Wschr. 45, 2210.*

Van 688 spreekuurconsulten bleek deze kinderarts, dat 216 keer over gebrek aan eetlust werd geklaagd. Bij 178 hiervan werd als oorzaak een infectie vastgesteld, terwijl in 38 (17,5 procent) gevallen geen verdere oorzaak werd gevonden.

Hoe komt men er nu snel achter, of een infectie de oorzaak is? Volgens de schrijver kan men dit met grote waarschijnlijkheid uit de anamnese halen, door vooral te vragen hoe lang de anorexie bestaat. Een sedert korte tijd bestaande anorexie is vrijwel altijd een gevolg van een infectie (luchtweginfecties, otitiden, angina's en dergelijke), hetzij acuut of latent.

Elke moeder van een kind met anorexie werden de volgende tien vragen voorgelegd. Wat eet uw kind graag; eet het graag zure spijzen; eet het graag zoet; eet het graag stevige kost (worst, vlees en dergelijke); drinkt het veel en graag; drinkt het tussen de maaltijden; eet het graag fruit; hoeveel maaltijden krijgt het; is het traag met eten; laat uw kind zich graag voeden?

Deze vragen werden 110 keer gesteld en daarbij bleek, dat 66 kinderen veel dronken, 56 kinderen tussen de maaltijden veel dronken, 58 kinderen graag zuur aten, 35 graag zoet en 31 zich bijna uitsluitend met fruit voedden; 36 kinderen waren traag met het eten, over het algemeen de ernstigste gevallen van anorexie, en tien kinderen lieten zich graag voeden.

Dat veel drinken vaak voorkomt bij anorexie is algemeen bekend; in negen gevallen meende de schrijver adenoïde vegetaties te kunnen vaststellen en volgde adenotomie; in tien gevallen was er een aanwijzing voor een gestoorde leverfunctie en in zes van deze gevallen bracht een „leverdieet“ verbetering in de anorexie. Opvallend is het grote aantal kinderen, dat graag zuur eet. In elf van deze 56 gevallen kon met zoutzuurpepsine verbetering worden bereikt. Deze kinderen hadden dus behoefte aan zuur.

Door dit systematisch vragen naar de eetgewoonten, kon de

schrijver bij ongeveer eenderde van de gevallen, een gerichte therapie instellen.

Helaas heeft de schrijver bij zijn getallen niet de leeftijd der kinderen vermeld, ref.

M. Reyerse

**62-12. Groeistoornissen en coxartrosen; profylactische mogelijkheden.** *Debrunner, H. (1961) Ciba Symposium 9, 163.*

Coxartrose is een ernstige aandoening, pijnlijk en invaliderend. Herstel van een eenmaal aangedaan gewricht is onmogelijk en de palliatieve behandeling is moeilijk en vaak teleurstellend. De coxartrose neemt een belangrijke plaats in onder de reumatische ouderdomskwalen en in de invaliditeitsstatistiek. Een doeltreffende profylaxe is dus van grote betekenis.

Er is een duidelijk pathogenetisch verband tussen groeistoornissen in de jeugd en malum coxae senile. Vooral de ziekte van Perthes en de epiphyseolysis capitis femoris zijn van belang. Deze veroorzaken, door deformatie van de gewrichtsuit-einden, incongruente gewrichtsvlakken, die ongelijkmatig worden belast. Daardoor staat het kraakbeen op bepaalde plaatsen bloot aan een overmatige intra-articulair druk en slijt af; dit is een begin van de coxartrose.

Het aandeel van deze twee groeistoornissen in het ontstaan van arthrosis deformans van het heupgewricht wordt op ongeveer 50 procent geschat. De osteochondrosis juvenilis en de epifyseolyse moeten dus worden herkend en behandeld, wanneer er nog volledig herstel van het verband der gewrichtsuit-einden mogelijk is. Het opsporingswerk moet door de huisartsen worden verricht!

De ziekte van Perthes voert tot verwoesting van de femurkopkern. Lang voordat het zover is moet de diagnose zijn gesteld. Wisselende pijnklachten, bij vlagen optredend in de heup en vooral in de knie, en nu en dan mank lopen. Deze anamnese bij kinderen van drie tot tien jaar maakt een onderzoek naar functiestoornissen in de heup nodig. Het kind wordt plat op de onderzoektafel gelegd. Het bekken wordt loodrecht op de as van het lichaam ingesteld en in die stand door een helper gefixeerd. Zo kunnen de bewegingen in de heup worden onderzocht. Men vindt dan beperking van de abductie en van de endorotatie. Zelfs geringe beperkingen worden gevonden. Pijn in de uiterste standen. Bovendien vindt men bij de ziekte van Perthes tijdens dit onderzoek hypertonie van de mm adductores en een verslapping van de mm glutaeei. De diagnose wordt daarna verzekerd door de karakteristieke beelden van het röntgenonderzoek. De behandeling bestaat uit maatregelen om te verhinderen, dat de aangedane heup wordt belast, zolang de afwijkingen nog niet geheel zijn verdwenen. Immobilisatie in gipsrekverband, gevolgd door mobilisatie met onbelaste heup in de thomasspalk.

Bij de epifyseolyse vindt men verbreking van de samenhang tussen meta- en epifyse van het femur. De dijbeenhals schuift naar boven af ten opzichte van de femurkop. De groeistoornis is gezeteld in de epifysairenschijf. Epifyseolyse komt vooral voor bij jongens van tien tot zestien jaar. Ongeveer drie jongens tegen één meisje. In de helft der gevallen zijn beide heupen aangedaan. Mogelijk hebben onregelmatigheden in hypofysewerking invloed, daar men nogal eens dystrophia adiposogenitalis of een eunuchoide habitus vindt. Lichte, wisselende pijnen in de dij en de knie zijn de eerste verschijnselen; snelle vermoeidheid en afkerigheid van sport en spelletjes; soms mank lopen, terwijl na een sprong, uitglijden of andere lichte traumata de symptomen verergeren. Tenslotte ontstaat een adductiecontractuur van de heup met verkorting van het been en een positief symptoom van Trendelenburg. Een vroegtijdig onderzoek doet weer beperking vinden van abductie en endorotatie in de heup. Ook nu is het röntgenonderzoek typisch. Voor een vroege diagnose moet men aandacht schenken aan de mededelingen van ouders en kinderen. De behandeling bestaat uit methoden, die het afglijden beletten. Dit kan men bereiken door langdurige immobilisatie, of door versterking van de band tussen epifyse en metafyse met schroeven, spijkers en pennen. De vroege herkenning van deze aandoeningen is nodig om de schadelijke invloed van belasting uit te schakelen en daardoor ernstige deformaties van het gewricht te voorkomen.

N. Bessem

## Boekbespreking

*The role of public health-officers and general practitioners in mental health care. World Health Organization-Technical report series N235. Eleventh report of the expert committee on mental health Geneva 1962.*

In de week van 31 oktober tot 7 september 1961 besprak „the expert committee” van de World Health Organization (W.H.O.) de taak van „the public health officer” en de huisarts ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg. Een verslag van de besprekingen is als elfde rapport van „the expert committee” verschenen. Rapporteurs waren Dr A. Querido, hoogleraar in de sociale geneeskunde te Amsterdam en Dr P. Sivadon, hoogleraar in de psychiatrie te Leuven. De bespreking over dit onderwerp moet worden gezien als één in een door de W.H.O. georganiseerde reeks conferenties over „The mental health care”.

Bij het doorlezen van het ongeveer 50 bladzijden beslaande rapport kan men niet anders dan bewondering hebben voor het enthousiasme en het idealisme, waarmede de organen van de W.H.O. hun coördinerende en propagerende taak opvatten en respect voor de rapporteurs, wier opdracht was orde te scheppen in de gegevens afkomstig uit alle delen der wereld. Deze gegevens zijn onderling buitengewoon moeilijk vergelijkbaar wat betreft de organisatie van de gezondheidszorg, moeilijk vergelijkbaar ten aanzien van het morbiditeitspatroon met betrekking tot de vraag naar medische hulp en de beschikbaarheid van medische hulp, en tenslotte vooral moeilijk vergelijkbaar door gebrek aan betrouwbare statistische gegevens.

Voor het Nederlands Huisartsen Genootschap belangrijk is de vraag, welke is de taak van de huisarts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg? maar vooral ook de daarbij behorende vraag, welke voorzieningen kunnen worden getroffen om het de huisarts mogelijk te maken zijn taak in de geestelijke gezondheidszorg zo goed mogelijk te vervullen?

Voor de commissie deed zich de moeilijkheid voor, dat de huisarts, zoals wij die in West Europa kennen als vaste gezinsarts werkend in de voorste lijn van de gezondheidszorg, in vele delen van de wereld niet in deze functie bestaat, al zijn er overal medische instanties, die in een of andere vorm het medisch werk doen, dat bij ons door de huisarts wordt verricht. Toch heeft men tenslotte een definitie van de huisarts opgesteld, die blijkbaar alle leden van de commissie voldeed. De commissie omschreef de huisarts als een arts, die in persoonlijke relatie staat tot zijn patiënten en die een continue verantwoordelijkheid op zich neemt voor de medische verzorging van zijn patiënten, waartoe gerekend zowel preventieve als curatieve zorg ten aanzien van ziekten en ongevallen, zowel op lichamelijk als geestelijk gebied.

Wanneer wij nagaan, welke functie deze huisarts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg wordt toebedacht, lezen wij: „Vele patiënten, die zich in conflictsituaties bevinden, bezoeken hun huisarts met lichamelijke klachten. De huisarts zal echter vaak ontdekken, dat aan deze klachten een conflictsituatie ten grondslag ligt. De huisartsen zijn in dit opzicht in een bevoorrechte positie, omdat zij de eersten zijn tot wie de patiënt zich richt en omdat zij door hun positie goed op de hoogte zijn van de huiselijke omstandigheden van de patiënt. Drie punten zijn dan van belang om een goed inzicht te krijgen in de situatie: Wat denkt de patiënt zelf over oorzaak en aard van zijn ziekte; Welke betekenis hecht de familie aan de ziekte van de patiënt; Zijn patiënt en familie in staat het inzicht van de dokter te begrijpen? De huisarts moet in staat zijn zich een gefundeerd oordeel te verschaffen over psychologische en sociale factoren, die al of niet tot ziekteverschijnselen kunnen leiden.

Van groot belang is, dat de patiënt gelegenheid krijgt zich uit te spreken, terwijl de dokter luistert. Om dit goed te kunnen is behalve tijd vooral inzicht nodig in de rol, die psychische en sociale factoren spelen bij het ontstaan van ziekteverschijnselen en een diep geloof, dat door middel van dit inzicht de patiënt is te helpen.

Het toepassen van de huidige kennis op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg kan alleen geschieden, wanneer er voldoende opgeleide artsen, in de eerste plaats psychiaters,