

spelen: zelfs organiseert zij de dagindeling van de arts.

Dr J. A. S. Forman, gaf een uitvoerig overzicht van de betekenis van de Ancillary Help, waaronder men praktijk-assistentie in de ruimste zin zou kunnen verstaan: hulp voor administratie, correspondentie, het maken van afspraken, verbandleggen, enzovoort. Met nadruk werd er op gewezen hoe het doelmatig aanwenden van deze hulp een belangrijke tijdswinst voor de arts kan opleveren, waardoor de uitgaven, gebonden aan het houden van personeel, worden genivelleerd. Vooral in een groepspraktijk zijn de voordelen in het oog springend; hier kan gebruik worden gemaakt van gespecialiseerd personeel.

Dr H. N. Levitt wees op de grote betekenis van het afsprakspreekuur. Tegen een afsprakspreekuur zijn vele bezwaren in te brengen die echter alle te weerleggen zijn. Voor het welslagen is punctualiteit van de arts vereist, terwijl ook de administratie nauwgezet dient te zijn. Vóór het instellen van een afsprakspreekuur moet worden bepaald hoe groot de gemiddelde tijd is die aan een patiënt wordt besteed. Er kan op worden gerekend een patiënt gemiddeld vier tot vijf keer per jaar te zien. Per 5 patiënten moet voor de consulten op 15 tot 20 minuten worden gerekend; voor een huisbezoek 10 tot 15 minuten per visite. Boven een zielenbestand van 1500 is een „receptioniste” onontbeerlijk.

Dr F. H. Staines en Dr P. A. Walford bespraken Medical records and research in general practice. Eerstgenoemde sprak over de documentatie van de dagelijkse eigen notities over de patiënt, de ziekenhuisverslagen en gegevens bestemd voor research. Het schrift moet leesbaar zijn, de notities dienen ter verhoging van de bruikbaarheid zowel positieve als negatieve gegevens te bevatten. Korte, duidelijke notities zijn van groot belang: een voorgeschiedenis kan volgens spreker in drie regels worden gecomprimeerd. In een groepspraktijk, waar de teamleden toegang tot de patiëntenadministratie (noodig) hebben, is voor een ander begrijpbare documentatie van

belang. Correspondentie kan in de envelop van de kaart worden bewaard; men dient van tijd tot tijd na te gaan wat weg kan! Voor een goede praktijk zouden volgens de spreker slechts drie zaken van belang zijn: „brains, pen and card”.

Dr Walford demonstreerde een documentatiesysteem voor het vastleggen van gegevens over in de praktijk voorkomende ziekten en aandoeningen. Getoond werd een ringboek met dakpansgewijs over elkaar liggende blaadjes. Op de rechterbovenhoek van het blaadje is de betreffende aandoening geschreven, op het blaadje zelf zijn de patiënten genoteerd met de data waarop ze aan de aandoening leden. Aan de hand van dit systeem kan men dus in een oogopslag zien welke aandoeningen in de praktijk zijn voorgekomen en wie daar aan hebben geleden.

Dr J. Fry gaf een uiteenzetting van de werkzaamheden van A General Practice advisory service, die de leden met raad en daad bij staat in het oplossen van problemen, vooral betreffende inrichting en praktijkvoering, afsprakspreekuur enzovoort.

Tenslotte gaf Dr M. D. Warren een beschouwing over General practice of the future, waarin vooral de status van de huisarts in de komende tijd de aandacht kreeg. Besproken werd de verhouding huisarts-ziekenhuis, patiënt-huisarts en de rol van de huisarts als family-doctor. Indien de huisarts in staat zou zijn zelf patiënten in het ziekenhuis te behandelen, wat veelal mogelijk is, daar een patiënt vaak om wille van de verpleging wordt opgenomen of voor een behandeling die thuis niet wel mogelijk is, zou dit een gunstige invloed op de status van de huisarts hebben. Heel vaak laat de communicatie tussen ziekenhuis en huisarts veel te wensen over, wat voor de huisarts moeilijkheden oplevert wanneer hij na ontslag van de patiënt met de nabehandeling wordt belast.

In de naaste toekomst dient veel aandacht aan pediatrie en geriatrie te worden besteed.

G. S. van Dorp

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

62-47. **Prenatal infection with vaccinia virus, report of a case.** *Entwistle, D. M., P. T. Bray en K. M. Laurence (1962) Brit. med. J. II, 239.*

Hoewel vele auteurs de mening verkondigen, dat bij pokkenvaccinatie weliswaar een viremie ontstaat, doch dat de foetus klaarblijkelijk niet in die mate wordt aangetast als bijvoorbeeld bij rubeola, wordt toch wel aangenomen, dat er enig risico bestaat voor de foetus, indien de vaccinatie wordt verricht gedurende de eerste drie maanden van de zwangerschap.

Auteurs beschrijven een geval van een foetus met gegeneraliseerde vaccinia na vaccinatie in de negentiende week van de zwangerschap. Een gezonde primigravida, oud 22 jaar, bij wie de eerste helft van de zwangerschap zonder complicaties verliep, werd in de negentiende zwangerschapsweek tegen pokken gevaccineerd. Acht dagen later voelde zij zich niet lekker en bracht daarna twee dagen in bed door met koorts. Tegen die tijd voelde zij ook voor het eerst kindsbewegingen. Zij herstelde normaal, doch vier weken na de vaccinatie bemerkte zij, dat de kindsbewegingen waren opgehouden. Vier weken later raakte zij in partu; de uterus reikte toen tot drie vingers boven de navel. Een foetus van 410 gram en 25 centimeter lengte werd geboren, wat correspondeert met een intra uterine leeftijd van ongeveer 24 weken. Over het gehele lichaam verspreid, maar vooral op de rug, bovenarmen, dijen en nek bevonden zich grote, iets verheven, samenvloeiende lesies van ongeveer 8 mm in doorsnede. Ook in enkele inwendige organen, zoals de nier, lever en long werden afwij-

kingen gevonden, die door het vaccinia virus bleken te zijn veroorzaakt. De placenta vertoonde veel nekrotische plekken.

Uit schrapsels van een huidlesie gelukte het, door enting op de allantoismembraan van een kuikenembryo, vaccinia-virus te kweken.

Dit geval bewijst, dat vaccinatie tegen pokken in elk stadium van de zwangerschap, niet alleen in de eerste drie maanden, niet zonder gevaar is. Soortgelijke waarnemingen zijn beschreven door Wielinga (1961), Lynch (1932), Mc. Donald (1955) en Wiersum (1956).

L. J. Bastiaans

62-51. **Explaining the results of examinations to patients.** *Stevenson, I. (1962) Postgrad. Med. 31, 517 en 32, 31.*

Vaak is een uitstekend medisch onderzoek toch van geen nut voor de patiënt, doordat de arts er niet in slaagt diens medewerking te verkrijgen voor de aangewezen behandeling. De patiënt werkt niet mee, niet omdat hij het niet wil, maar omdat hij geen begrip heeft van zijn aandoening en het hem niet duidelijk is wat zijn aandeel in de behandeling is. De arts dient daarom even zorgvuldig te zijn en even tactvol bij het uitleggen van de resultaten van zijn onderzoek, als bij het opnemen van de anamnese en het onderzoek zelf.

Wanneer het onderzoek nog niet is afgesloten kan de arts beter niets zeggen dan vage, nietszeggende uitspraken doen die de patiënt toch niet bevredigen en hem eerder ongerust maken. Wat de arts zegt dient de waarheid te zijn, misschien

niet de hele waarheid, maar dan toch een stuk ervan. Hij moet er zelf in geloven, anders klinken zijn woorden toch niet overtuigend. De uitleg moet gedetailleerd zijn; de meeste patiënten zijn intelligent genoeg om deze te kunnen volgen wanneer de arts maar zoveel mogelijk het medische jargon vermijdt. Vooral patiënten met psychosomatische reacties hebben behoefte aan een duidelijke uitleg om niet de indruk te krijgen dat hun klachten niet serieus worden genomen. Bij het uitleggen dient men een taal te gebruiken die de patiënt verstaat; woorden als zenuwen, nerveus en dergelijke hebben voor de leek vaak een heel andere betekenis dan voor de arts (in mijn praktijk kan „benauwd” van alles betekenen, van een volle blaas en een darmcatarre tot een hartinfarct toe, ref.).

Het is nodig er achter te komen waarvoor een patiënt in het bijzonder bevreesd is, wat niet altijd in direct verband met zijn klachten hoeft te staan, en in het bijzonder op dit punt moet geruststelling worden gegeven. Het is vaak moeilijk deze verborgen angsten op te sporen, maar een oplettend toehoorder zal deze vaak achter de woorden van de patiënt horen.

Of het raadzaam is bepaalde inlichtingen achter te houden moet geval voor geval worden uitgemaakt. In het algemeen kan men patiënten die er openlijk om vragen ook een slechte prognose wel voorzichtig meedelen zonder hun hoop geheel weg te nemen. Sommige patiënten willen kennelijk niets weten, anderen begrijpen, ook zonder dat het hun uitdrukkelijk is verteld, dat de vooruitzichten niet gunstig zijn. In deze gevallen kan men beter niets tegen de patiënt zeggen, maar is het wel verstandig een familielid in vertrouwen te nemen. Specifieke termen, die de patiënt kunnen beangstigen dienen te worden vermeden, daar deze veelal in een encyclopedie worden opgezocht en dan de mogelijkheid bestaat, dat een verkeerd beeld van de ziekte wordt verkregen. (In dit verband dient er ook voor te worden gewaarschuwd in brieven aan of van specialisten, welke de patiënt zelf meekrijgt voorzichtig te zijn, omdat deze brieven soms worden opengemaakt, ref.). Vele medische termen hebben in de oren van de leek een onheilspellende klank, zo wordt bijvoorbeeld het woord chronisch veelal met ongeneeslijkheid in verband gebracht. Andere woorden, bijvoorbeeld achterlijkheid, geven de patiënt in zijn gevoel een bepaald stigma. In deze en andere gevallen dient men krachtig weerstand te bieden aan de aandrang van de patiënt een bepaald etiket op zijn lijden te plakken.

Bevindingen, welke vaak niet meer betekenen dan onschuldige afwijkingen van de norm, kan men beter niet meedelen, daar vooral hypochondere patiënten hierdoor een nieuw punt zouden kunnen krijgen om hun angst te fixeren. Uiteraard dienen nevenbevindingen die de gezondheid in gevaar brengen wel te worden vermeld en behandeld. Wanneer een andere arts moet worden ingeschakeld, moet deze wel op de hoogte worden gebracht van wat men wel en niet aan de patiënt heeft verteld. Zou deze tweede arts dergelijke bevindingen wel meedelen, dan is het gevaar groot dat de patiënt het vertrouwen in zijn eerste arts verliest.

Het meedelen van exacte uitkomsten van het onderzoek zoals bloeddrukwaarden en dergelijke, heeft meestal weinig zin. Veelal geeft het meer aanleiding tot verwarring bij de patiënt, dan dat het hem helpt, hoewel ook dit individueel moet worden bekeken.

Het geven van uitleg moet niet overhaast gebeuren en vergt soms vrij veel tijd. Men houde rekening met het intellect van de patiënt en zijn kennis van medische zaken. Ook is van belang hoe de patiënt tegenover zijn kwaal staat, wat niet hetzelfde is als wat hij er van begrijpt. De arts moet een constructief aanvaarden van de ziekte kunnen onderkennen van een ontkenkende houding. Dit blijkt duidelijker uit het al of niet actief meewerken bij de behandeling, dan uit de houding van de patiënt bij het gesprek. Wanneer de patiënt niet voldoende inzicht toont, is het vaak beter de voorlichting geleidelijk, in verscheidene gesprekken te doen plaatsvinden. Gedetailleerde voorschriften, bijvoorbeeld over dieet en levenswijze, kunnen soms helpen de patiënt de ernst van zijn lijden te doen inzien.

De arts moet bijzonder voorzichtig zijn met het ontkennen van een diagnose waaraan de patiënt kennelijk emotioneel gebonden is, vooral wanneer het gaat om een neurotisch of psychosomatisch lijden. Wanneer men bemerkt dat de patiënt

zich ongewoon bezorgd maakt over zijn ziekte, dan moet de oorzaak van deze bezorgdheid eerst worden opgespoord. Vaak blijkt dit een preëxisterend angstgevoel te zijn dat zich aan de bestaande ziekte hecht, vaak ook is het een verkeerd begrip dat de patiënt heeft gekregen door gesprekken met anderen of uit de lekenpers.

De patiënt dient ruimschoots gelegenheid te krijgen vragen te stellen en elke vraag dient te worden beantwoord, maar meestal moet eerst de achtergrond van de vraag duidelijk worden. Steeds dient de arts in zijn uitspraken een optimistische toon te laten horen. Geruststelling moet gegrond zijn op feiten, die uit een nauwkeurig onderzoek blijken. Een geruststellend woord zonder grond overtuigt de patiënt toch niet. De beste geruststelling ligt in het begrip van de patiënt zelf over zijn toestand. Wanneer de arts de patiënt wil geruststellen, moet hij dit doen zonder een slag om de arm te houden. Doet hij dit niet, dan verontrust dit de patiënt nog meer en kan het noodzakelijke vertrouwen verloren gaan. Als het nodig is reserves te maken, dan moeten deze uit het geval voortkomen en niet uit de angst van de arts iets na te laten of verkeerd te doen. De arts die probeert zichzelf te dekken tegen fouten die hij zou kunnen maken, maakt een van de grootste fouten: hij brengt zijn eigen angst over op de patiënt. De arts moet de verantwoording voor zijn eigen tekortkomingen zelf durven dragen.

Uit de reacties van de patiënt op deze gesprekken kan men vaak veel over hem leren. Wanneer de patiënt reageert met buitengewone bezorgdheid of met depressies kan het zijn dat de vorm waarin de verklaringen werden gegeven — voor deze patiënt — niet juist was, maar ook dat de patiënt onbewuste redenen heeft om zo te reageren. Onderzoek hiernaar is dan nodig. De uitlatingen van de arts kunnen de patiënt soms nog meer in de war brengen, soms door overdracht van een pessimistische houding van de arts op de patiënt, vaak ook doordat de arts de onbewuste angsten van de patiënt niet heeft herkend.

Verklaring van psychofysiologische verbanden is moeilijk, maar noodzakelijk om de psychosomatische patiënt te helpen. Het eenvoudig ontkennen van somatische afwijkingen stelt de patiënt niet gerust. Het gebruik van analogieën en het wijzen op algemeen bekende emotionele uitingen, zoals blozen en huilen, kan met succes worden gebruikt bij de uitleg. Hierna kan worden ingegaan op de bijzondere aspecten van het geval. Veelal blijken er bij de patiënt sterke weerstanden te zijn tegen het aanvaarden van psychische oorzaken van zijn kwaal. Autoritaire uitspraken overtuigen hem niet. Als het verband niet duidelijk genoeg is, moet er meer bewijsmateriaal worden gezocht en ook dan zal de patiënt nog vaak weerstand blijken te hebben. Hij heeft liever een organische ziekte, die „van buiten” komt, dan dat de oorzaak in hem zelf ligt.

J. G. Antvelink

#### 62-52. The medical aspects of the investigation of sexual offences. *Camp, F. E., 1961 Practitioner 189, 31.*

Op twee manieren kan een medicus betrokken worden bij seksuele overtredingen: als huisarts van de aangerande persoon of op verzoek van de rechterlijke macht. De overtredingen betreffen hoofdzakelijk die tussen mannen en vrouwen en mannen onderling. Van belang is of de slachtoffers al dan niet minderjarig zijn.

Het onderzoek van de betrokkene blijft in hoofdlijnen gelijk. Nodig is toestemming van het slachtoffer (of diens verzorgers), een goede plaats van onderzoek (ter beoordeling van de arts) en er dient een derde persoon (politie-agente) bij het onderzoek aanwezig te zijn. Na de inspectie, waarin ook de kleding dient te worden betrokken, volgt een algeheel onderzoek met speciale aandacht voor kneuzingen en verwondingen. Bij het onderzoek van de genitalia dienen de dijen op pubisharen, zaadvloeistof enzovoort te worden onderzocht. Zeer speciale aandacht moet worden besteed aan de geslachtsorganen, waarbij in elk geval een hoog-vaginaal uitstijpreparaat moet worden gemaakt, zelfs indien de vrouw menstreeurt. Een verslag van de bevindingen, bij voorkeur aangevuld met gegevens van een tweede onderzoek 48 uur later, wanneer kneuzingen vaak duidelijker zijn geworden, besluit het onderzoek.

In gevallen van homoseksuele overtredingen is inspectie van

anus en omgeving belangrijk, terwijl ook een rectaal uitstrijk-preparaat moet worden gemaakt. Het vinden van spermatozoën in het uitstrijkje is immers een zeker bewijs dat een immissio penis heeft plaats gevonden. G. Faber

62-59. Anterior tibial pain. French, B. en W. H. Price. Brit. med. J. II, 1291.

De patiënten, die worden beschreven, lijden aan een syndroom, dat enigszins doet denken aan het beeld, dat wordt waargenomen bij „claudicatio intermittens”. In tegenstelling daarmee treedt het echter op bij jonge mannen en wordt de pijn gevoeld aan beide benen in het gebied van de m tibialis anterior en de pijn verdwijnt pas na rust, die minstens twintig tot dertig minuten heeft geduurd. Bovendien bestaan er geen verschijnselen, die aan een vaatziekte doen denken en wordt het syndroom door een operatie genezen. Iedere coach van een atletiekploeg is bekend met de gevoeligheid en pijn in de m praetibialis, die kan optreden bij hardlopers en verspringers, die met hun training beginnen. De aangedane spieren worden hard en zwellen op.

Ook kent men de laatste vijftien jaar het beeld van infarcering van de m tibialis anterior. Soms zijn de mm. peronei mede aangedaan. Het schijnt, dat aan deze infarcering een enkele keer een letsel, of een perifere vaatziekte, of een embolus ten grondslag ligt, maar dikwijls blijken de arteriën volkomen normaal te zijn.

De hier beschreven patiënten, waren jonge mannen, in volle gezondheid, die geleidelijk aan steeds vaker last begonnen te ondervinden bij het beoefenen van sport. Zij kregen pijn aan de voorkant van hun beide onderbenen. In het begin echter slechts aan één been. De klachten verdwenen na rust, doch pas na ongeveer een half uur. Er waren dan in het geheel geen rest-verschijnselen, ook geen gevoel van lichte vermoeidheid in de benen. In de loop der jaren trad de pijn bij inspanning steeds vaker op. Een enkele maal ook 's nachts, maar dat was dan nadat op de voorafgaande middag een zware sportbeoefening had plaats gevonden. Door verschillende methoden van onderzoek kon bij de patiënten worden vastgesteld, dat voortdurende inspanning van de m tibialis anterior de pijn veroorzaakte.

Bij controle-personen ontstond bij eenzelfde inspanning een gevoel van vermoeidheid en soms ook iets pijn, die echter na rust in enkele minuten was verdwenen. Men vond, dat de bloeddorstrooming in het betrokken spiergebied tijdens rust bij deze patiënten in geen enkel opzicht minder was, dan bij gezonde controle-personen. Doch bij inspanning nam bij de controle-personen de bloeddorstrooming sterk toe en bij de patiënten niet. Bij hen nam de doorstroming wel enigszins toe, doch werd pas ongeveer tien minuten, nadat de rust was ingetreden, maximaal; tegen die tijd was bij controle-personen de doorstroming teruggekeerd tot bijna het normale rustpeil. Verder kon worden vastgesteld, dat de weefselspanning in de m tibialis bij de patiënten na inspanning tot een veel hogere waarde steeg, dan bij controle-personen en dat het veel meer tijd kostte, voordat de weefselspanning na het ophouden der inspanning weer tot de normale rustwaarde (is gelijk aan de gemiddelde rustspanning bij controle-personen) was teruggekeerd.

Vastgesteld werd, dat de toename van de weefselspanning van spieren door het verrichten van arbeid, zowel bij gezonden als patiënten, ontstaat door wateropname door het spierweefsel, dat daardoor opzwellt. Nu is de ruimte, waarin zich de tibialis anterior bevindt, juist een zeer beslotene. Enerzijds ligt deze spier tegen de tibia aan, anderzijds wordt zij begrensd door de membrana interossea en tenslotte aan de voorkant door de stevige fascia praetibialis. Door de vochtopname zwelt de spier, neemt de weefselspanning toe, gaat de fascia praetibialis bol staan en wordt de zwelling met het blote oog zichtbaar en kan men zelfs pulsaties van het hard gespannen spierweefsel waarnemen. Door de hoge spanning in het spierweefsel worden vooral de kleinere arteriën en venen dichtgedrukt, waardoor een relatieve ischemie van het spierweefsel bij inspanning ontstaat terwijl de produkten van het spiermetabolisme slechts traag worden afgevoerd. Het is zelfs denkbaar, dat hierdoor tenslotte spierinfarcering en necrose kan ontstaan.

De therapie, die hieruit kan worden afgeleid, is even simpel, als afdoende gebleken, namelijk resectie van een reep uit de fascia praetibialis.

L. J. Bastiaans.

## Boekbespreking

J. Willemse. De motoriek van de pasgeborene in de eerste levensuren. Uitgeverij Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1961. 115 bladzijden, prijs f 12,90.

De schrijver deelt in dit, oorspronkelijk als dissertatie uitgegeven, boek de resultaten mede van een neurologisch onderzoek van de motoriek van 140 normale pasgeborenen. Het tijdstip van het onderzoek lag tussen een half uur en twee uur na de geboorte. De meer dan veertig afbeeldingen stammen uit een film „Neurologisch onderzoek van de motoriek bij pasgeborenen” gemaakt in samenwerking met de „Stichting Film en Wetenschap — Universitaire Film” te Utrecht.

Het boekje is prettig te lezen en voor de huisarts belangrijk, vooral wanneer hijzelf bevallingen leidt. Door middel van het hier beschreven eenvoudige onderzoek is het immers vaak mogelijk in een zeer vroeg stadium afwijkingen op het spoor te komen. Dat het onderzoek eenvoudig is moge blijken uit de volgende zin uit de inleiding: „Het instrumentarium bestond uit een kleine reflexhamer en een naald met stompe punt”.

Een uitvoerige lijst van geraadpleegde literatuur is aanwezig. G. J. Bremer.

P. W. Koppius. Leerboek voor moederschapzorg en kinderverpleegkunde. Onder redactie van Dr G. J. Planting. Derde druk. Van Gorcum en Comp. N.V., Assen. 1962. 624 bladzijden, prijs f 12,50.

Van dit leerboek, uitgegeven onder auspiciën van de „Nederlandse Bond van Moederschapzorg en Kinderhygiëne”, is nu de derde, geheel opnieuw bewerkte, druk verschenen. Het boek is sinds de eerste druk (1957) van 324 tot 624 bladzijden in omvang toegenomen en heeft daardoor zeker aan waarde gewonnen. In zijn inleiding tot de eerste druk schreef Muntendam: „Naast het gebruik in de opleiding en voor de aantekeningen wijkverpleegster en kinderverpleegster zal dit leerboek zijn weg vinden bij het onderwijs aan de aanstaande artsen, terwijl het een waardevolle aanwinst zal zijn voor de boekerij van de gevestigde geneeskundigen, wier belangstelling uitgaat naar de sociaal geneeskundige vraagstukken met betrekking tot de moeder en het kind.” Deze aanbeveling geldt beslist ook voor deze uitgave.

Hoewel enkele hoofdstukken duidelijk „van achter het bureau” zijn geschreven, waarbij de problemen zo prettig eenvoudig kunnen worden gesteld en opgelost, zal de huisarts in dit boek veel kunnen vinden dat voor hem van waarde is.

De prijs van dit goed uitgegeven boek kon laag blijven dankzij de steun van de „Nederlandse Bond van Moederschapzorg en Kinderhygiëne”. G. J. Bremer

## Het lezen waard

Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft onlangs (1963) uitgegeven een „Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen 1958” waarin morbiditeitsgegevens zijn verwerkt betreffende ongeveer 1,2 miljoen ziektegevallen. De gegevens stammen van de uitvoeringsorganen van de ziektewet.

Aangezien morbiditeitsstatistieken in Nederland zeldzaam zijn is dit boekje voor de arts zeer het lezen waard, temeer daar er speciale hoofdstukken worden gewijd aan geselecteerde ziekten, waaronder neurosen, ziekten van de venen, ulcus ventriculi en duodeni, hepatitis, bacteriële huidinfecties en hernia nuclei pulposi.

Verkrijgbaar bij uitgeverijmaatschappij W. de Haan N.V., Zinzendorflaan 3, Zeist en bij de boekhandel; 84 bladzijden, prijs f 7,90.