

element" in het gezin en over het huisvestingspatroon der gezinnen.

Al deze cijfers zijn niet alleen van belang als beeld van bestaande verhoudingen in de totale populatie, zij kunnen daarnaast in tal van gevallen ook worden benut als referentiekader voor de statistische resultaten van speciale (steekproef) onderzoeken op het onderhavige gebied.

*The family and statistical information. Summary.* For ages, the family, as the smallest group in our society, has been receiving recognition and interest. The care and the protection of the family have been improved considerably over the last decades and have moreover been tackled in a more systematic manner. At the same time the family and the family life have increasingly become study objects through researchers of different disciplines, including those from the medical field. Besides, more than before, the concept family has been given its own meaning and the family nucleus is considered being more than the sum of husband, wife and children.

Both with the daily management regarding the family and with the study of problems concerning the family exists a growing need for quantification of relationships, in other words, a need for statistical information. With the latest Census of Population (May 31st 1960) a great number of data have again become available which make it possible to approach family and family life in the Netherlands from different angles.

As an illustration follow a number of data on size and composition of the families, on young and old ones, complete and incomplete ones, families living independently and those included in other households. Data are also available on the external relationship of the family through professional duties of the head of the family, the wife, and the children, on the

„foreign element" in the family and on the housing-pattern of families.

Not only are all these data of importance as an image of the existing relationships in the total population, in many cases they can also be used as a reference framework for the statistical results of special (sample) investigations into this particular field.

Bouman, P. J., *Gezins sociologie-Problematiek en Systematiek*. Sociologisch Jaarboek V, 1951.

Brenkman, C. F., *De huisarts en het gezin van zijn patiënt*. Van Gorcum en Comp., Assen, 1963.

Hofstee, E. W., *Het gezin in een veranderende wereld*. Verslag Studieweek huishoudwetenschap. Wageningen, 1950.

Kooy, G. A., *Het veranderend gezin in Nederland*. Leerdam, 1957.

Kruyt, J. P., *Het gezinsleven in verschillende delen van ons land*. Theologie en Praktijk, december 1938.

Idem, *Het gezin sedert de middeleeuwen*. Sociol. Bulletin, 1950.

Veld-Langeveld, H. M. in 't, *Gezins sociologie en gezinsbeleid*. Utrecht, 1963.

Unesco. *Changes in the family*. (1962) *Internat. Soc. Science Journal* 14, No. 3 (over tal van aspecten met zeer uitvoerige literatuuropgave).

Over speciale onderwerpen: onder meer Rijkssen (onvolledig gezin), Saal (boerengezin), Van Es (gezin met zwakzinnige kinderen), Milikowski (gezin in maatschappelijke relaties), Bloemhof (arbeidersgezin), Douma (gezin op verstedelijkt platteland), Gadourek (gezin in geïndustrialiseerde gemeenschap), Nationale Contact Commissie Gezinsbelangen (huisvesting jonge gezinnen) en voorts in verschillende studies over de huisarts en zijn praktijk (Buma, Huygen, Mertens, Ruhe en andere).

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

#### 64-1r. Reanimatie. Otter, G. den (1963) *Soteria* 7, 182.

In dit oorspronkelijk als voordracht geschreven artikel bespreekt Prof. den Otter de medisch ethische problematiek rond de reanimatie en de intensieve therapie, zoals die door de vooruitgang van de mogelijkheden op dit gebied wordt opgeroepen. Hij gaat hierbij uit van de kritiek, die vooral ook van niet medische zijde klinkt, wanneer men deze zeer zegenrijke technieken gebruikt voor het zinloos verlengen van het leven, gepaard gaande met vermeerdering van het lijden zonder kans op uiteindelijk herstel.

Schrijver stelt, dat er in dit opzicht geen behoefte bestaat aan een nieuwe ethische code, maar dat het correct hanteren van de eigen specifieke indicaties en contra-indicaties dezer therapie, zal leiden tot handelingen, die geen medisch ethische conflicten behoeven op te leveren. Voor de reanimatie geldt dan, dat men slechts dan pogingen daartoe mag wagen, wanneer kan worden aangenomen, dat de schors van de grote hersenen nog niet onherstelbaar heeft geleden, dus als men in staat is de anoxie van de extracellulaire vloeistofruimte, binnen 5 minuten, bij een lichaamstemperatuur van 37° C., op te heffen. Als contra-indicaties gelden dus: strikt genomen de regel van „5 minuten bij 37° C."; als tweede het aanwezig zijn van een andere irreparabele afwijking, waardoor de overlevingskans na opheffen van de cerebrale anoxie nihil geworden is; ten derde als de hersenanoxie het onvermijdelijk gevolg is van een ongeneeslijke ziekte.

Wat betreft de profylaxe en de correctie van de vele andere afwijkingen van het milieu intérieur, die naast de anoxie de dood ten gevolge kunnen hebben, acht auteur deze „intensieve behandeling" steeds geïndiceerd, als logisch gevolg van de actieve en positieve medische mentaliteit. De voor reanimatie geldende contra-indicaties gelden hier dus niet.

Wanneer reanimatie en „intensive care" volmaakt succesloos zijn, geeft dit geen problemen. Alleen de indicatie tot het beëindigen van de kunstmatige verlenging van het leven scheidt de schrijver drie groepen: 1 Patiënten, die in leven blijven met al hun geestelijke potenties intact, maar meer of minder, ja zelfs zeer ingrijpende artificiële hulp behoeven. In dit geval bestaat er nooit een indicatie voor het doelbewust termineren van het leven. 2 Patiënten, waarbij door welke oorzaak dan ook de hoge cerebrale functies dusdanig hebben geleden, dat een volmaakt onmenselijke vorm van leven, waarbij echter de vegetatieve functies feilloos functioneren, is overgebleven zonder hoop op herstel. Beëindigen van zulk een bestaan zou veel meer betekenen dan euthanasie maar op een zeer actieve doodslag neerkomen. 3 Patiënten, waarbij naast volkomen verloren gaan van de cortex cerebri ook de basale ganglia en de hersenstam zijn afgestorven. Spontane ademhaling is afwezig en vele andere vegetatieve functies behoeven voortdurende kunstmatige ondersteuning en substitutie, zodat men nog slechts met een menselijk preparaat te doen heeft. In dat geval dient de therapie te worden gestaakt, indachtig de oude regel in de geneeskunde, dat elke therapie, die niet het gewenste effect of zelfs een daaraan tegengesteld effect heeft, dient te worden beëindigd. Het staken van de reanimatie in deze gevallen noemt schrijver orthothanasie: een essentieel onderdeel van een bewust en verantwoord medisch handelen.

H. Kramer.

#### 64-2r. Diagnostic process. Crombie, D. L. (1963) *J. Coll. Gen. Pract.* 6, 579.

Het begrip diagnose wordt in de „Oxford English Dic-

tionary" omschreven als „identification of disease by means of patient's symptoms, etc., formal statement of identification". De drie belangrijkste redenen om een diagnose te stellen zijn: etikettering volgens de omschrijving van de „Oxford English Dictionary", voldoen aan wetenschappelijke nieuwsgierigheid, en vaststellen van de meest geschikte therapeutische handeling. Deze laatste heeft de meeste belangstelling van de huisarts.

In dit artikel wordt een analyse van de diagnostische methodieken van een huisarts gegeven. Het onderzoek had betrekking op twee groepen patiënten: groep A was een serie patiënten, 140 mannen en 164 vrouwen, die in 1954 gedurende een periode van drie weken achtereenvolgens met nieuwe klachten bij de huisarts kwam. Groep B bestond uit de patiënten die in de vier maanden na de drie weken van de eerste groep door de huisarts waren doorgestuurd voor verdere onderzoeken, een consultatief advies, of voor massadoorlichting. Alle patiënten werden met een maximum van twaalf maanden, tot het eind van hun ziek-zijn vervolgd.

De aard van de diagnose werd onderverdeeld in: 1 geen diagnose; 2 waarschijnlijke diagnose; 3 geen diagnose of waarschijnlijke diagnose, waarbij diagnoses van ernstige ziekten waren uitgesloten; 4 zekere diagnose. De manier waarop de diagnose werd gesteld was onderverdeeld in: 1 anamnese alleen; 2 anamnese en lokaal onderzoek; 3 anamnese en volledig onderzoek van één tractus; 4 anamnese en volledig routineonderzoek; 5 als 4, benevens gebruik van de laboratoriumfaciliteiten, welke de huisarts ter beschikking staan; 6 specialistisch onderzoek; 7 massadoorlichting.

De resultaten van het onderzoek zijn in verschillende tabellen overzichtelijk weergegeven. De schrijver vestigt er de aandacht op, dat het patiënten betreft uit één huisartspraktijk; dat het onderzoek op een individuele werkmethode is gebaseerd en dat het de analyse van een proces betreft, dat grotendeels empirisch is.

Het diagnostisch proces bij de huisarts moet tegen de achtergrond van het ziektegebeuren van de patiënt als „just one page in the book" worden gezien. Het moet dan ook in dit licht worden beschouwd dat de anamnese het belangrijkste onderdeel in de diagnostiek blijkt te zijn. Aan de hand van de bespreking van de resultaten wordt aangetoond dat het diagnostisch proces bij de huisarts voor een groot deel via de anamnese loopt en daarbij aan juistheid niet inboet. De door de huisarts gestelde diagnose moet om vele redenen vager en breder blijven, vaak in het belang van de patiënt. Huisarts-geneeskunst betekent het handhaven van het evenwicht tussen het maximum gebruik van de intuïtieve processen en de logische methodiek. In de diagnostiek gaat de overgang van de academische werkwijze naar die van de huisarts vaak met vele schuldgevoelens gepaard en het vergt ongeveer tien jaar alvorens men een goed huisarts is.

M. G. van Nieuwenhuijzen.

### 63-11. Glyceryl trinitrate in angina pectoris. Sandler, G., M. H. Ilahi, C. W. Lawson (1963) *Lancet* I, 1130.

Nog steeds verkeert menigeen in de veronderstelling, dat nitroglycerine een aanval van angina pectoris als sneeuw voor de zon doet verdwijnen. Een dubbel blind onderzoek, waarbij niet alleen werd afgegaan op de subjectieve verbetering, bracht echter enkele frappante uitkomsten aan het licht.

Drie middelen — nitroglycerine (glyceryl trinitraat), propatylnitraat en een placebo werden beproefd bij een aantal nootore angina pectoris-lijders. Bij andere experimenten was gebleken, dat een placebo vaak even „goed" werkte als nitroglycerine, wanneer men de subjectieve verbetering als criterium nam. Men bezigde nu als criteria: invloed op de duur van de aanval; de verrichte arbeid en het electrocardiogram. Was de pijn eenmaal begonnen — tijdens de belastingsproef — dan was er geen enkel gunstig effect te bespeuren van de nitrieten in vergelijking met het placebo. Gaf men de middelen echter vóór de belastingsproef, dan werden de pijn en de verrichte arbeid gunstig beïnvloed. Nitroglycerine had tevens een minder diep worden van de S.T.-depressie op het electrocardiogram tengevolge, in tegenstelling tot propatylnitraat. Theoretisch is het ook moeilijk te begrijpen hoe een vasodilatator de coronaire vaten — en nog wel pathologisch veranderde vaten — zou kunnen verwijderen, als de meest krachtige

dilatator, namelijk zuurstofgebrek, deze vaten reeds beïnvloedt.

Therapeutisch zijn de effecten van nitrieten nihil, profylactisch daarentegen significant. Het tabletje onder de tong dient dus van te voren te worden ingenomen, vóór de te verrichten handeling, die tot angineuze pijnen aanleiding geeft. De medicus practicus advisere aldus!

P. G. Bekkering

### 63-27. Viral hepatitis. Chalmers, T. C. en G. F. Grady, (1963) *Practitioner* 191, 11.

Om te komen tot meer inzicht in de virushepatitis is het gewenst meer aandacht te besteden aan epidemiologie en preventie van de acute ziekte en haar relatie met de chronische leverstoornissen. Men onderscheidt op basis van verschillende incubatietijd, besmettingsweg en verschijnselen twee vormen namelijk de infectieuze en de serumhepatitis. Wat de infectieuze vorm betreft maken de schrijvers een vergelijking met poliomyelitis: besmettingsweg ano-oraal en een groot percentage anicterische respectievelijk niet-paralytische ten opzichte van de icterische respectievelijk paralytische patiëntjes. De preventie van hepatitis infectiosa is drieërlei: verbetering van de volksgezondheid (drinkwaterbesmetting met rioolwater; rauwe zeevis; huiskakkerlak), verbetering van de persoonlijke hygiëne thuis en in het ziekenhuis (streng isoleren gedurende de „geling"; de ontlasting bevat het virus van twee tot drie weken voor het begin van de icterus tot ongeveer drie weken er na) en passieve immunisatie van contactpersonen met gammaglobuline. Krugman vond dat 0,13 ml gammaglobuline per kg lichaamsgewicht de infectie onderdrukte doch niet voorkwam. Men dient het te geven aan verplegend personeel en hun die in gebieden komen waar de ziekte endemisch is. Door een gedeeltelijke onderdrukking van de ziekte krijgt men evenzeer een blijvende immuniteit.

Serumhepatitis verschilt door incubatietijd (langer), besmettingsweg (alleen parenteraal), betrekkelijk symptomloze pre-icterische fase en ernstiger klinisch ziektebeeld, van de hepatitis infectiosa met vrij hoge mortaliteit. De preventie is duidelijk: geen gebruik maken van niet of slecht gesteriliseerde instrumenten en een zo zuinig mogelijk gebruik van menselijke bloedprodukten voor behandeling. Algeheel gebruik van wegwerpmateriaal is nuttig!

Het blijkt dat vooral over mogelijk verband tussen hepatitis acuta en levercirrose weinig objectief onderzoek is gedaan. Alleen een uitverige follow-up van hepatitispatiënten en controles kan goede inlichtingen geven. Zeer waarschijnlijk is dat hepatitis infectiosa bij jonge mannen geen cirrose geeft; bij vrouwen is dit onzeker. Waarschijnlijk speelt serumhepatitis wél een rol bij het ontstaan van cirrose. Het is noodzakelijk meer gegevens over de epidemiologie van beide ziekten te verkrijgen en dit kan dankzij de huisartsen. Uit die gegevens zullen dan de antwoorden kunnen worden gegeven op een hele reeks vragen waarmee dit artikel besluit.

Referent merkt hierbij op dat de situatie in ons land identiek is en hier tevens aangifteplicht (B-ziekte) bestaat; een plicht die door vele collegae niet wordt nagekomen. In maart 1959 heeft de Inspecteur van de Volksgezondheid voor Noord-Holland en Utrecht een rondschrijven verzonden met het dringende verzoek alle, ook de lichtste gevallen, van „geling" aan te geven.

G. Faber.

### 63-32. Diabetic Amyotrophy. Redwood, R. D. (1962) *Brit. med. J.* II, 521.

Aan de hand van drie praktijkvoorbeelden wordt gewezen op het voorkomen van amyotrophia diabetica. De aanvaankelijke mening, dat de oorzaak van de amyotrofie in het rugge-merg moet worden gezocht, kan geen stand houden. Moderne onderzoeksmethoden tonen aan, dat de lesies van perifere aard zijn. De atrofie der spieren is vaak symmetrisch en gaat gepaard met verdwijnen van de peesreflexen en een verhoogd proteïnegehalte van de cerebrospinale vloeistof. De verschijnselen treden op bij patiënten, die lijden aan diabetes en hun ziekte niet goed hebben laten controleren. Het begin is sluipend en de patiënten klagen er over, dat ze al maandenlang in toenemende mate pijn gewaar werden in hun spieren. De

pijn is vaak heftig, alsof er met messen in wordt gestoken. Daarna treedt geleidelijk een gevoel van zwakte op, vooral in de onderste ledematen, en een toenemende atrofie, vooral van de mm quadriceps en de bovenbeenadductoren, daarna ook van de kuitspieren. Het vibratiegevoel in de benen neemt eveneens af. De doorstroming der bloedvaten blijft daarentegen goed.

Wanneer de diabetes weer goed onder controle wordt gebracht met dieet, antidiabetica, of insuline, treedt geleidelijk verbetering in. Het eerst verdwijnen de nachtelijke pijnen, daarna keren de reflexen weer terug en verdwijnt de atrofie. Dit verbeteringsproces kost vele maanden. Men moet erop letten, dat ook de bloedsuikerwaarden binnen normale grenzen blijven, omdat ook bij suikervrij zijn van de urine de bloedsuikerwaarden veel te hoog kunnen zijn.

L. J. Bastiaans

### 63-37. Massive bleeding in diverticular disease of the colon. *Leading Article (1963) Lancet I, 706.*

Ongeveer een kwart van de mensen tussen de 60 en 70 jaar zouden volgens een onderzoek van Debray c.s. een diverticulosis van het colon hebben en boven de 70 jaar ongeveer de helft. Een vijfde deel van deze diverticulosis-patiënten heeft bloedverlies via de darm, waarvan slechts vier procent een bloedtransfusie van node heeft.

Een grote bloeding, uitgaande van het colon, is bijna altijd een gevolg van een diverticulosis en niet van een carcinoma. Het onderscheid tussen een diverticulosis en een diverticulitis is van geen belang in deze. Vaker treedt bloedverlies op bij een ongecompliceerde diverticulosis. De therapie dient conservatief te zijn en niet chirurgisch, zelfs bij een ernstig bloedverlies. Een neoplasma dient uiteraard te worden uitgesloten.

P. G. Bekkering

## Het lezen waard

Sommige publikaties van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn ook voor huisartsen het lezen waard. Wij noemen hier bijvoorbeeld: Mededeling Volkstelling 1960, no. 17: „Enkele gegevens over bejaarden” van de Afdeling Algemene tellingen en bevolkingsstatistiek. Deze publikatie is gratis verkrijgbaar. Bestellingen te richten tot: Centraal Bureau voor de Statistiek, Oostduinlaan 2, 's-Gravenhage.

## Boekbespreking

*Codex medicus. Samengesteld onder hoofdredactie van Dr R. D. G. Ph. Simons en Prof. Dr J. Vandenbroucke. Derde druk. Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel, 1964. 1175 bladzijden. Prijs f 29,50.*

De bedoeling van de Codex medicus is om in één hanteerbaar boekwerk, dus zeer gecomprimeerd, een volledig en actueel overzicht van de gehele geneeskunde te geven. Daartoe is het boek in een groot aantal hoofdstukken verdeeld, in elk waarvan één of twee auteurs een (sub-)specialisme behandelen. Inderdaad is het de samenstellers gelukt om — met gebruikmaking van veel telegramstijl en afkortingen — binnen een beperkt bestek een ontzagwekkende hoeveelheid feiten en gegevens bijeen te brengen.

De werkwijze is niet bij alle auteurs gelijk. In de meeste hoofdstukken is de stof behandeld op de wijze van een encyclopedie, dus met behulp van alfabetisch gerangschikte trefwoorden. Andere onderdelen zijn daarentegen op een min of meer systematische manier behandeld en daarnaast komen er nog diverse combinatievormen voor. Over onderwerpen, welke onder meer dan één specialisme vallen, heeft er tussen de schrijvers kennelijk niet altijd overleg plaats gevonden. Door dit alles is de homogeniteit niet de sterkste zijde van dit boek.

Uiteraard is het ondoenlijk om over de inhoud van al deze hoofdstukken een gefundeerd oordeel te geven. Dat men op verscheidene plaatsen vraagtekens kan zetten, zal niemand

verwonderen, maar in het algemeen genomen maakt de tekst een goede en degelijke indruk. De aanbevolen therapieën doen wel eens wat polypragmatisch aan, doch ten dele zal dat ongetwijfeld moeten worden toegeschreven aan de noodzakelijke korthed van formulering.

Omdat vermoedelijk heel wat artsen de eerste (1956) of tweede (1958) druk van dit boek bezitten, is het wellicht nuttig de thans verschenen derde uitgave daarmee te vergelijken. Dan blijkt, dat de Codex in 1958 een zeer aanzienlijke en nu in 1964 een bescheidener uitbreiding heeft ondergaan. In enkele cijfers uitgedrukt: aantal medewerkers 23—38—46; hoofdstukken 18—32—36; bladzijden 658—1004—1175. De hoofdredactie is thans met een Belg aangevuld en zelfs de naam van de uitgever (vroeger alleen Elsevier geheten) is gegroeid. Alleen de titel is ingekrompen; de vroegere toevoeging Neerlandicus is verdwenen, waarschijnlijk omdat het boek nu uitdrukkelijk ook voor België bestemd is. De oorspronkelijke 18 hoofdstukken, waarin de voornaamste klinische specialismen worden behandeld, zijn alle min of meer ingrijpend bewerkt en uitgebreid; ook hier ligt de grootste sprong bij de tweede druk. Voorts zijn in de tweede uitgave de volgende hoofdstukken toegevoegd: voedingsleer, dieetleer, mycologie, seksuologie, gerontologie, geriatrie, anesthesiologie, revalidatie, carcinologie, erfelijkheidsleer, sociale geneeskunde in Nederland, gerechtelijke geneeskunde, toxicologie. Nieuwe hoofdstukken in de derde druk zijn gewijd aan: nierziekten, allergologie, kinderpsychiatrie (met meer pagina's dan het hoofdstuk over psychiatrie!), luchtvaartgeneeskunde, nationale organisatie van de gezondheidszorg in België; het in de tweede druk opgenomen hoofdstuk over het ziekenfondswezen is thans echter weer verdwenen.

Het boek bevat verder een nuttige en zeer uitgebreide geneesmiddelenlijst. Deze lijst vermeldt naam, samenstelling, opgegeven indicaties en dosering van circa (1450—1550—) 2250 preparaten (waaronder thans ook een aantal, welke alleen in België verkrijgbaar zijn) en is volkomen up to date. Een miniatuur hoofdstukje over laboratoriumonderzoek en een uiterst summier therapeutisch register (beide van nog geen anderhalve bladzijde!) hadden beter achterwege kunnen blijven. Veel lof daarentegen verdient het onmisbare algemene register, dat met zijn ongeveer (3300—4600—) 7200 trefwoorden bijzonder volledig lijkt.

Wat het uiterlijk betreft: het boek is keurig uitgegeven en (althans grotendeels) in een uitstekend leesbare letter gedrukt; voorts is het dankzij het gebruik van dundrukpapier zeer goed te hanteren. Alleen de paar bladzijden (en bladwijzers) met advertenties vormen naar mijn smaak een storend element. Waren de opbrengsten hiervan nu werkelijk noodzakelijk om deze uitgave commercieel mogelijk te maken?

Het is voor de huisarts te enenmale onmogelijk om over alle onderdelen der geneeskunde, waarvan hij iets moet weten of iets moet kunnen nakijken, geregeld recente leerboeken of monografieën aan te schaffen. Daarom zullen velen graag een boek bij de hand willen hebben, met behulp waarvan men zich snel (zij het wat oppervlakkig) kan oriënteren. Als zodanig lijkt deze Codex medicus mij zeer bruikbaar.

A. E. Denekamp

*A. J. M. Holmer en medewerkers. Leerboek der Verloskunde, derde druk. Van Holkema en Warendorf n.v. Amsterdam, 1963. 824 bladzijden, f 69,—.*

In 1963 is de derde druk van het Nederlands Leerboek der Verloskunde, waarvan de redactie met de hoogleraren Kloosterman en Stolte werd uitgebreid, verschenen. Er werden nieuwe hoofdstukken geschreven over de lactatie, de verzorging van de kraamvrouw, de stoornissen van de spildraai, de stoornissen van de bloedstolling in en na de zwangerschap en de vacuüm-extractor.

Dit zeer verzorgde leerboek zal ongetwijfeld zijn weg vinden naar de medische studenten. De zeer snelle ontwikkeling van de medische wetenschap doet alleen de vraag rijzen, of het voor huisartsen de aangewezen weg is om met behulp van een leerboek bij te blijven. Als naslagwerk is het bijzonder waardevol doordat vrijwel elk hoofdstuk eindigt met een uitvoerige literatuurlijst van algemene en bijzondere werken.

K. Gill