

gen de verhouding visite-spreekuur was bij mannen van 15-45 jaar het kleinst, terwijl bij vrouwen ook het aantal visites met de leeftijd toenam.

5 Door de verschillende ziekte-indelingen is een onderlinge vergelijking zeer moeilijk. Slechts blijkt zeer duidelijk dat het aantal respiratoire ziekten het grootst is.

De auteurs eindigen met te constateren, dat er voortdurend twee begrippen door elkaar lopen: ten eerste het morbiditeits-onderzoek in engere zin, dat op de patiënt is georiënteerd en waarbij de arts alleen een diagnose vermeldt; ten tweede het praktijk-analytisch onderzoek, gericht op de arts, waarbij juist het individuele arts-zijn een grote rol speelt en zulke verschillende uitkomsten geeft. Het is dus zaak reeds bij de aanvang van een huisartsenonderzoek deze twee factoren van elkaar te scheiden door een zeer scherpe vraagstelling.

A. P. Oliemans

63-33. B.C.G. and sarcoidosis. Hoffbrand, B. I. (1963) *Brit. med. J.* I, 659.

Er zijn gevallen bekend van sarcoïdosis (M. Besnier-Boeck), die kort na enting met B.C.G. optraden. Stellig zal het merendeel van deze gevallen wel op een coincidentie hebben berust, maar van enkele is de samenhang met de voorafgaande enting toch zo evident, dat een oorzakelijk verband wel moet worden aangenomen. In deze gevallen vond men dubbelzijdige hilusklierzwellings één tot vier maanden na de B.C.G.-toediening, terwijl direct voor of na de enting op een röntgenfoto van de borst geen afwijking was te zien.

De schrijver vermeldt een geval, dat wel het meest frappante kan worden genoemd dat tot dusver werd gepubliceerd. Een verpleegster had in het begin van haar opleiding in 1956 een zwak positieve Mantouxreactie. In februari 1961 was een thorax-röntgenfoto nog volkomen normaal en in maart 1961 had zij een negatieve Heafreactie (een reactie op ongeveer het equivalent van 10 tuberculine eenheden). Men diende haar B.C.G. toe (0,1 ml intradermaal van een vers vaccin uit Kopenhagen). Hierdoor ontstond na een paar dagen een papel en na twee weken een kleine zweer, die weer genas. In augustus 1961 reageerde zij nog steeds negatief op de Heafreactie en op 18 augustus kreeg zij weer eenzelfde dosis B.C.G. De lokale reactie had een gelijk verloop, als die in maart. Maar hoewel zij zich tot dusver volkomen gezond had gevoeld, begon zij zich één tot twee dagen na de tweede B.C.G.-toediening minder goed te voelen. De klachten waren: kortademigheid na inspanning, kuchen en opbrengen van mucoid sputum. Twee weken later kreeg zij retrosternale pijn en ging zij hoesten; gevoelde zich ziek en kreeg koorts, welke werd begeleid door hardnekkig braken. Op 22 september bespeurde zij een zwelling van het gelaat en ontwikkelde zich beiderzijds een conjunctivitis. Een thoraxfoto op 15 september liet beiderzijds hilusklierzwellings zien. Op 4 oktober bleek patiënte 10 kg afgevallen en was de temperatuur nog steeds verhoogd tot 37,8° C. De bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes was 20 mm na één uur; serumeiwit 8,6 gram per 100 ml met matige hypergammaglobulinemie. In het sputum werden geen tuberkelbacillen gevonden. De diagnose „sarcoïdosis” werd bevestigd door leverbiopsie. Met prednison trad een snelle verbetering in en twee dagen na het begin der therapie met steroïden was de reactie van Mantoux weer 1 : 100 positief. Andere patiënten, die met hetzelfde vaccin waren behandeld vertoonden geen reacties van algemene aard.

Er is een theorie die veronderstelt, dat bij sarcoïdosis, welke door de antigene prikkeling van *Mycobacterium tuberculosis* wordt veroorzaakt, de lesies een gevolg zijn van een abnormaal sterke productie van antilichamen in het serum gepaard met een gebrekkige ontwikkeling van — voor de huidreactie op tuberculine verantwoordelijke — antilichamen-dragende cellen. Het bovenvermelde geval schijnt deze theorie wel te bevestigen. Deze patiënte slaagde er niet in, na B.C.G.-enting, een voldoende sterke huidovergevoeligheid op tuberculine te produceren. Toch was er wel enige huidovergevoeligheid, zoals bleek uit de positieve Mantouxreactie (1 : 100) kort na het begin van de behandeling met steroïden. Het is echter bekend dat na B.C.G.-enting in één procent van de gevallen geen positieve huidreactie op tuberculine in de concentratie

1 : 10 ontstaat. De snel intredende algemene reactie op de tweede B.C.G.-enting wijst er op, dat er wel degelijk veel antilichamen aanwezig waren in de circulatie.

Bij sarcoïdosis schijnt de tuberculine-achtige huidreactie op een grote verscheidenheid van antigenen door het een of ander mechanisme te worden onderdrukt. Dat ziet men ook bij enkele andere ziekten, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Hodgkin. Er zijn echter aanwijzingen, dat het onderdrukkingsmechanisme hierbij anders werkt. Het feit dat men er niet in is geslaagd bij sarcoïdosispatiënten een verhoogde titer van antilichamen tegen *Mycobacterium tuberculosis* aan te tonen, verliest veel aan betekenis, wanneer men bedenkt dat men nog in het onzekere verkeert of men wel het juiste antigen uit de gecompliceerde antigene structuur van de levende mycobacterie heeft gebruikt. Kort geleden heeft men bij een grote groep Amerikaanse patiënten, lijdende aan sarcoïdosis, een hoge titer van antilichamen gevonden tegen een tot dusver onbekende mycobacterie. Dit zou er dus op kunnen wijzen, dat sarcoïdosis wordt veroorzaakt door een andere mycobacterie, dan de tuberkelbacil.

L. J. Bastiaans

Het lezen waard

Enige tijd geleden verscheen de negende druk van het door Prof. Dr J. H. van den Berg geschreven boekje, „Psychologie van het ziekbed”, waarin duidelijk wordt gemaakt wat het ziek zijn voor de patiënt zelf betekent. Iedere huisarts moet dit boekje gelezen hebben. Uitgever G. F. Callenbach n.v., Nijkerk, 1963, 51 bladzijden, prijs f 2,50.

Boekbespreking

Tekst en toon in de geneeskunde. Uitgeverij Centrex n.v., Eindhoven. 90 bladzijden met 63 tekstafbeeldingen van electro- en fonocardiogrammen, alsmede drie 45-toerenplaten van 17 cm ø; prijs f 32,25.

De bedoeling van de drie grammofonplaten met begeleidende tekst is, de arts de mogelijkheid te geven zijn eigen auscultatie beter te kunnen interpreteren. Er wordt per plaat telkens een onderwerp behandeld, stoornissen van het hartritme, hartgeruisen en harttonen, en wel met 21 respectievelijk 30 voorbeelden per plaat. Dit grote aantal is echter onoverzichtelijk, temeer omdat de platen niet zichtbaar zijn ingedeeld, zodat een voorbeeld niet gemakkelijk is terug te vinden. Verwarrend is ook de gesproken tekst, die té duidelijk aan de oorspronkelijke Duitse tekst en denkwijze is ontleend. Een veel kleiner aantal goed geanalyseerde voorbeelden met goede verklarende tekst zou waarschijnlijk leerzamer zijn geweest. Deze technisch grotendeels mooie opnamen zijn derhalve geen vervangmiddel, noch voor datgene wat men tijdens zijn studie en opleiding heeft gemist, noch voor het persoonlijk contact met een ervaren collega.

H. F.

Dr P. A. Roorda. De behandeling van de dreigende abortus. H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1964. 145 bladzijden, prijs f 14,—.

Het is moedig geweest van Roorda om het probleem van de dreigende abortus, waarbij zoveel etiologische factoren een rol spelen en de diagnostiek moeilijk en onzeker is, als onderwerp van studie te kiezen. Hij heeft gebruik gemaakt van de enquête-methode en zich beperkt tot het maken van een vergelijking van verschillende behandelingsmethoden. Zo leverden 280 huisartsen voldoende gegevens om het resultaat bij 501 patiënten te vergelijken. Dat van de 395 aanmeldingen uiteindelijk 280 artsen actief meewerkten, is een gegeven dat bij een volgend groepsonderzoek van belang kan zijn.

Belangwekkend is zijn conclusie dat strenge bedrust alleen als symptomatische therapie waarde heeft.

Ook bij dit geneesmiddelenonderzoek is gebleken dat de statistici zo vroeg mogelijk moeten worden ingeschakeld en dat uiterste voorzichtigheid is geboden met het maken van conclusies. Immers, wanneer de spasmolytica en sedativa bij dit

onderzoek niet waren beproefd, zouden de progressieve stoffen als belangwekkende therapeutische middelen de strijd hebben gewonnen. Nu behaalden beide groepen vrijwel even goede resultaten!

Als eerste in de reeks „Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde” verdient dit werk de aandacht van de huisartsen.

K. Gill

WIJSBEGEERTE EN GENEESKUNST

Het tweemaandelijks tijdschrift „Wijsgerig perspectief op maatschappij en wetenschap” verscheen dezer dagen met het thema-nummer „Wijsbegeerte en Geneeskunst”, waarin op actuele en fundamentele vragen aan de arts, betreffende „de geneeskunde van morgen”, wordt ingegaan. Een voordracht van Prof. Dr A. de Froe — (1964) *Medisch Contact* 19, 219 — stond voor deze vraagstelling model, welke door Dr F. Wibaut („Is de natuur op onze hand?”) en Dr M. J. Heering („Wat is helpen?”) werd uitgewerkt. Karl Jaspers schreef een beschouwing over „Arts en Patiënt”. Prof. Van Peursen maakte een aantal notities over wijsbegeerte en medische wetenschap. Op frappante wijze blijken wijsgeer en arts elkaar over en weer, op beider arbeidsterrein, herhaaldelijk te treffen, dus ook buiten de grote metafysische vragen. Betekent dit treffen ook een op elkaar aangewezen zijn? Een beschrijvende bibliografie inventariseert het resultaat van deze ontmoetingen.

Het Prins Bernhard Fonds heeft tweeërlei mogelijk gemaakt: 1 een grotere oplage van dit nummer, waardoor op aanvraag een exemplaar kosteloos wordt toegezonden; 2 een persoonlijke ontmoeting van artsen en wijsgeren op zaterdag 30 januari 1965, te Amersfoort (Huize Randenbroek), onder leiding van de hoogleraren De Froe en Van Peursen, over de thematiek wijsbegeerte en geneeskunst.

Opgaven voor toezending van een exemplaar van dit nummer van het tijdschrift en voor deelname aan de ontmoeting (kosten f 3,—) vóór 15 januari 1965 te richten aan het redactiesecretariaat: Eemstraat 6, Soest.

Ingezonden

VOÓRKOMEN EN VOORKÓMEN VAN HEPATITIS INFECTIONOSA

Het artikel met bovenstaande titel van Sanders — (1964) *huisarts en wetenschap* 7, 334 — werd door mij met veel belangstelling gelezen. De inhoud hiervan culmineert naar mijn gevoelen in de uitspraken „Door het geven van gammaglobuline aan jeugdige gezinscontacten verhindert men dus dat door een milde, kortdurende ziekte een blijvende onvatbaarheid ontstaat en wordt het eventueel optreden van hepatitis naar een oudere en meer risicodragende leeftijd verschoven. Om deze reden lijkt het onjuist gezonde gezinscontacten beneden de 20 jaar op deze wijze profylactisch te behandelen”. Even tevoren gaat de schrijver zelfs nog verder door te stellen „Deze voor het individu in sommige opzichten gunstig lijkende maatregel heeft dus voor de gemeenschap gevaarlijke consequenties”. Dit is een belangwekkende visie, die zeker het overdenken waard is. Ik zou hierbij echter toch gaarne enkele kanttekeningen willen maken.

In de eerste plaats zou ik willen opmerken dat deze stellingen wel theoretisch worden gemotiveerd, maar dat het bewijs van de juistheid hiervan in geen dele is geleverd. In de tweede plaats lijkt mij de theoretische motivering op verschillende punten aanvechtbaar. De schrijver gaat namelijk uit van een aantal vooronderstellingen die niet zijn bewezen. Ten eerste stelt hij dat tegenover elk gediagnostiseerd geval van hepatitis infectiosa minstens twaalf niet bekende gevallen voorkomen. Hij beroept zich daarbij op de onderzoeken van *Krugman c.s.* en *Chalmers c.s.* Ik zou erop willen wijzen dat deze onderzoeken verricht zijn in min of meer gesloten gemeenschappen. *Krugman* bestudeerde namelijk de verspreiding in een instituut voor geestelijk onvolwaardige kinderen, waarin hepatitis gedurende jaren endemisch was en *Chalmers* onderzocht militaire gemeenschappen in Korea. Het is zeer de vraag of de gevonden getallen zonder meer mogen worden toegepast op de verspreiding in gezinsverband en in de open gemeenschap. De

waarnemingen van *Bos* en van *Huygen* tonen aan dat tijdens de geobserveerde epidemieën bijna een op de twee gezinscontacten beneden de 20 jaar klinisch herkenbare hepatitis kreeg.

Ten tweede stelt Sanders enige malen dat het doormaken van hepatitis een levenslange immuniteit geeft. Zowel *Bos* als ikzelf namen echter waar dat niet zo zelden zij, die bij een vorige epidemie ziek werden, bij een volgende epidemie opnieuw het slachtoffer werden. Mogelijk kan dit worden verklaard door verschillen in aard van het circulerende virus. In elk geval betekent het echter dat het doormaken van hepatitis iemand niet vrijwaart voor een latere infectie. De basis van de boven aangehaalde stelling van Sanders wordt hierdoor aanzienlijk verzwakt.

Ten derde wijst de auteur er zelf reeds op dat toediening van gammaglobuline de infectie niet verhindert, maar de ziekte zo modificeert dat ze subklinisch verloopt. Hierbij vindt vermoedelijk wel degelijk een immunisatieproces plaats. De passieve immuniteit gaat dan over in een actieve. Het staat mijns inziens niet à priori vast dat deze immuniteit korter duurt dan degenen, die het gevolg is van een ongemodificeerd beloop van de ziekte.

Ten vierde. De stelling dat de icterische en dus in bed liggende patiënten minder besmettingsgevaar opleveren dan de klinisch niet herkende ambulante gevallen lijkt voor de hand te liggen maar is, voor zover ik weet, onbewezen. Het zou bijvoorbeeld zeer goed mogelijk kunnen zijn dat degenen, die met gammaglobuline zijn ingespoten, veel minder virus afscheiden. Overigens zou ik willen opmerken dat, al zou deze laatste stelling van Sanders waar zijn, dit feit in zijn gedachtengang juist toegejuicht zou moeten worden. Zijn betoog komt immers in het kort neer op: liever hepatitis op jonge leeftijd dan later. De consequentie van deze opvatting zou zijn: laat het virus zich maar flink verspreiden, zodat iedereen er op jonge leeftijd mee in aanraking komt en geïmmuniseerd wordt. De conclusie dat toediening van gammaglobuline aan gezinscontacten voor de gemeenschap gevaarlijke consequenties heeft, op grond van dit vooronderstelde grotere besmettingsgevaar voor de omgeving van de ingespoten contacten, is met deze gedachtengang in tegenspraak.

Ten vijfde. Het feit dat „bij volwassenen meer kans bestaat op een ernstig en chronisch beloop, restverschijnselen of zelfs progressie” kan naar mijn mening ook op andere wijze worden verklaard. Sanders veronderstelt namelijk stilzwijgend dat deze patiënten op volwassen leeftijd ziek worden omdat zij vroeger aan een infectie zijn ontsnapt. Het zou echter ook zo kunnen zijn dat hepatitis voornamelijk bij die volwassenen optreedt, die vroeger wel met het virus in aanraking zijn gekomen, maar wier immuniseringsvermogen op de een of andere wijze tekort schiet, of bij mensen die een grotere individuele gevoeligheid hebben op grond van verminderde weerstand van de lever ten gevolge van noxen en dergelijke.

Al met al meen ik dat het bewijs van de door Sanders geponeerde stelling, dat toediening van gammaglobuline aan gezonde jeugdige gezinscontacten van hepatitis infectiosa ongewenst is, nog geleverd zal moeten worden. Daarentegen zijn naar mijn mening de directe voordelen van deze maatregel onweerlegbaar bewezen. Alleen nauwkeurig onderzoek zal kunnen uitmaken of het door collega Sanders gesignaleerde hypothetische indirecte nadeel hier inderdaad tegen opweegt.

Bos, G. J. (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 1278.

Chalmers, Th. C. c.s. (1963) *Practitioner* 191, 11.

Huygen, F. J. A. (1964) *huisarts en wetenschap* 7, 49.

Krugman, S. c.s. (1959) *New Engl. J. Med.* 261, 729.

F. J. A. Huygen

* * *

a De verhouding tussen het aantal gediagnostiseerde en het aantal niet herkende gevallen van hepatitis infectiosa bij een bepaald onderzoek, is afhankelijk van (1) de op het ontdekken van (lichte) hepatitis gerichte aandacht van arts, patiënt en verzorgers, (2) het sporadisch of epidemisch voorkomen van hepatitis tijdens het onderzoek, (3) de leeftijdsverdeling van de onderzochte populatie, (4) het gebied waar het onderzoek plaats vindt, en (5) de mate waarin van laboratorium-diagnostiek gebruik wordt gemaakt bij suspecte of atypi-