

halen en informaties van anderen krijgt men beslist een onvolledig en daardoor vaak ook onjuist beeld.

Het was, vooral in het begin van de stage, een grote ervaring te bemerken dat men bij het merendeel van de patiënten niet capabel was een adequate benaderingswijze en therapie te vinden. In het ziekenhuis richt men zijn gehele aandacht op de ziekte, maar hier krijgt men zeer vaak op het spreekuur een zieke, die deze benaming nauwelijks verdient en waarbij je voelt dat, als je je alleen op de meestal zeer geringe klacht concentreert, en de patiënt en jezelf er niet gelukkiger van wordt. Frappant was in dit verband wel, dat men zich bij de zelfstandig afgelegde visites veel zekerder voelde dan bij de zelfbehandelde spreekuurpatiënten. Immers, in het eerste geval kan men zich iets meer richten op de meer op de voorgrond tredende somatische verschijnselen, al is het maar een verhoogde temperatuur, en daarbij een appèl doen op de tijdens de co-schappen in het ziekenhuis verkregen routine. Tijdens het spreekuur wordt men meer geconfronteerd met de voor mij volkomen nieuwe „kleine” psychosomatiek en dit heeft mij voor grote problemen geplaatst. Je merkt dan dat je, wat betreft het opsporen, analyseren en de therapie van de meer psychogene oorzakelijke condities, totaal ongeschoold bent. Tijdens de stage heb ik ervaren, dat er een grote lacune is in de kennis van de receptuur van de minder ernstige aandoeningen. Wat betreft de diagnostiek van de belangrijke somatische ziekten kom je, lijkt mij, voldoende beslagen ten ijs, maar kennis van de diagnostiek en de therapie van de lichte ziekten is nauwelijks aanwezig.

Men krijgt ook een zeer duidelijk inzicht in de praktijkvoering van een grote huisartspraktijk. Je ziet en leert hoe een patiëntenadministratie op de meest efficiënte manier wordt bijgehouden; je leert overlijdenspapieren invullen, verwijfsbrieven schrijven, enzovoort. Ook leer je hoe een ervaren huisarts de patiënten dusdanig instrueert, dat hij 's avonds nog wat tijd voor zichzelf houdt. Je ziet het grote

nut van een afzonderlijk zuigelingen- en kleuterspreekuur en ervaart hoe belangrijk een langer gesprek, in de avonduren met een patiënt gevoerd, kan zijn. Je constateert de inrichting van een spreekkamer, een praktijktas en een verlostas. Van nabij maak je kennis met de intercollegiale verhoudingen en dit geeft vele nieuwe gezichtspunten. De tijdens de co-schappen in de verschillende ziekenhuizen wellicht ongewild gewekte indruk, dat het medisch kunnen van de huisarts op een niet al te hoog peil zou staan, meen ik, gezien mijn ervaring, beslist te moeten ontkennen. Eigenlijk constant maak je kennis met de meer pastorale kant van het werk van de huisarts; het helpen en behandelen van aan een maligne ziekte lijdende patiënten en hun familie, huwelijksmoeilijkheden, opvoedingsproblemen en dergelijke. Vaak merk je dan, dat je er met je gewone „common sense” niet komt en dat een grotere kennis van de gezinspedagogie en gezinspsychologie zeer nuttig zou zijn.

Nog twee praktische opmerkingen: zeer veel hinder ondervond ik bij het zelfstandig visites maken en spreekuur houden van het feit, dat ik nog niet kon oorspiegelen. In feite heb ik dat gedurende deze maand enigszins geleerd. In geringere mate geldt dit ook voor de dermatologie. Daarom verdient het aanbeveling, lijkt mij, de huisarts-stage te lopen na het co-assistentenschap keel-, neus- en oorheelkunde. Voorts geloof ik dat de stage bij de huisarts het co-assistentenschap sociale geneeskunde overbodig maakt. Wellicht is het mogelijk dit laatste te laten vallen, indien men een maand bij een huisarts gaat werken.

Tenslotte: deze maand zou ik niet graag hebben gemist, omdat het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk zo geheel verschilt van dat in een ziekenhuis en men ook ervaart en leert hoe de benadering van en het contact met de patiënt heel anders dient te geschieden dan in een ziekenhuis en op deze manier bepaalde lacunes in de artsopleiding enigermate worden ondervangen.

De toenemende betekenis van de tuberculine-reactie bij afnemende tuberculose

Het door de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie gekozen onderwerp van algemeen volksgezondheidsbelang ter gelegenheid van de viering — op 7 april — van de Wereldgezondheidsdag dit jaar is „De bestrijding van tuberculose”. Het door Dr C. R. N. F. van Joost, hoofd van de afdeling tuberculose-bestrijding van de geneeskundige inspectie van de volksgezondheid, opgestelde exposé over de betekenis van de tuberculinatie als methode van opsporing, bevelen wij gaarne aan in de belangstelling van onze lezers.
Redactiecommissie

Voor de bestrijding van tuberculose is de opsporing van actieve zowel als van potentiële besmettingsbronnen, dat wil zeggen zieken en zich niet ziek voelende lijdens aan tuberculose alsmede besmette personen zonder aantoonbare afwijkingen, van fundamentele betekenis. In het begin was de opsporing uitsluitend gericht op de actieve besmettingsbronnen

en bestond uit het onderzoek op de consultatiebureaus van lijdens aan (long) tuberculose en van personen met klachten, later ook van contact-personen. Uitbreiding van het onderzoek van contacten leidde ook vaak tot het vinden van potentiële besmettingsbronnen. In een volgende fase ontwikkelde zich het groeps- en bevolkingsonderzoek op tuberculose, dat onbekende en onopgemerkte tuberculose (tuberculosis inapparente) aan het licht bracht.

Naarmate als gevolg van verminderde besmettingskansen tuberculose in frequentie afneemt, daalt het aantal gevallen van actieve tuberculose dat met de beschreven methoden van opsporing wordt gevonden. Het rendement aan actieve tuberculose van de opsporingsarbeid der consultatiebureaus zowel als van het groeps- en bevolkingsonderzoek wordt hoe langer hoe kleiner. Uit een oogpunt van opsporing en bestrijding wordt dan het tuberculose-probleem in afnemende mate bepaald door klinisch manifeste en inapparente tuberculose,

maar in stijgende graad door het reservoir van besmette personen met weinig of geen (röntgenologische) afwijkingen.

Wanneer en waar deze epidemiologische status z'n beslag heeft gekregen is de tijd rijp voor bezinning op toespitsing van de opsporing van besmette personen, die het reservoir van potentiële besmettingsbronnen vormen. De enige methode daarvoor is de tuberculine-reactie. Met een gevoelig en specifiek tuberculine en op de juiste wijze toegepast, is de tuberculine-reactie voor de kennis van de epidemiologische situatie zowel als voor de bestrijding van tuberculose van fundamentele betekenis. Systematische tuberculinaties van bevolkingsgroepen leidt tot de kennis van besmettingsdichtheid en besmettingsfrequentie (besmettingskans), twee gegevens die bepalend zijn voor status en trend van een tuberculose-epidemie.

Voor de praktijk van de bestrijding en de opsporing is systematische tuberculinaties onmisbaar; de resultaten hebben verstrekkende en ingrijpende consequenties voor de betrokken individuen in de gemeenschap.

De tuberculine-reactie bezit een breed spectrum van diagnostische mogelijkheden.

1 De reactie maakt onderscheid tussen besmette en niet-besmette individuen; de eerste groep vereiste regelmatige (röntgenologische en eventueel bacteriologische) controle; de tweede komt in aanmerking voor periodieke herhaling van de reactie teneinde eventuele besmetting te signaleren.

Is slechts de uitslag van een enkel tuberculine-onderzoek bekend dan is uitsluitend op grond daarvan een scheiding van de besmette groep in „vroeger besmetten” en „recent besmetten” niet mogelijk. De leeftijd van de besmette personen kan dan toch dit onderscheid mogelijk maken. Zo wijst in het algemeen een positieve reactie bij kinderen vaker op een „recente” of verse besmetting naarmate het kind jonger is; bij kinderen in het eerste levensjaar is een positieve reactie het bewijs van een verse besmetting.

2 De reactie biedt de mogelijkheid de besmette personen op grond van de sterkte der reactie (gemeten in mm-induratie bij toepassing van een standaardmethode) te onderscheiden in groepen met verschillend risico om actieve tuberculose

te krijgen en in verband daarmee adequate maatregelen te nemen.

3 Bij herhaling van de tuberculine-reactie bij onbesmette personen is een omslag van de reactie van negatief naar positief het bewijs van een verse besmetting, ongeacht de leeftijd van de betrokken persoon.

4 De reactie stelt dan in staat tuberculose in een beginstadium op te sporen, het stadium waarin de lesies nog microscopisch klein en op de longfoto nog niet zichtbaar zijn.

5 De reactie opent enerzijds de mogelijkheid in deze gevallen van verse besmetting tot preventieve behandeling met I.N.H.

Doordat de primaire lesies nog goed gevasculariseerd en derhalve gemakkelijk bereikbaar zijn voor antibiotica en chemotherapeutica kunnen door deze behandeling complicaties van de primaire besmetting worden voorkomen.

6 Anderzijds kan de vaststelling van een verse besmetting leiden tot de opsporing van de besmettingsbron onder de contacten van de besmette persoon.

7 De reactie geeft enerzijds de negatief reagerenden de geruststelling dat zij niet besmet zijn en geen tuberculosebacteriën herbergen. Anderzijds legt ze de positieven de morele verplichting op, zich — in eigen belang en in het belang der gemeenschap — onder regelmatige controle van het consultatiebureau te stellen. Het consultatiebureau heeft de taak deze controle ter hand te nemen en te bevorderen.

8 De reactie kan dienst doen als methode van vóórselectie bij individueel en massaal röntgenonderzoek op tuberculose.

Waar en wanneer tuberculose zo aanzienlijk is afgenomen dat de röntgenologische opbrengst aan actieve tuberculose sterk is gedaald, wordt röntgenonderzoek van de besmette groep relatief produktiever.

9 De reactie kan een waardevol middel worden voor het onderscheid tussen specifieke en onspecifieke besmettingen door atypische mycobacteriën.

10 De reactie is het meest betrouwbare middel voor de controle van de resultaten der bestrijding.

Dr C. R. N. F. van Joost

November 1963

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

63-24. Laboratory tests in diagnosing cancer of the prostate. *Burbank, M. K., W. A. Merritt en L. F. Greene (1963) Postgrad. Med. 34, 5.*

Wanneer bij een patiënt prostaatacarcinoom wordt vermoed en een biopsie geen uitsluitel geeft hoopt men door een „batterij” van laboratoriumproeven tot een correcte diagnose te komen. Hiervoor komen in aanmerking de bepaling van zure en alkalische fosfatasen in het bloed, de bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes en röntgenonderzoek van de lendenwervelkolom.

Om deze onderzoeksmethoden te evalueren bestudeerden de schrijvers de ziektegeschiedenissen van 837 patiënten, waarbij de diagnose prostaatacarcinoom door onderzoek van prostaataweefsel vaststond. Als normale waarden werden beschouwd: tot 5 eenheden (K.A.) zure fosfatase en tot 14 eenheden (K.A.) alkalische fosfatase. Een bezinkingssnelheid van de erythrocyten (volgens Westergren) tot 50 mm in het eerste uur werd als normaal beschouwd.

Het bleek dat van de patiënten die nog niet met oestrogenen waren behandeld of een castratie hadden ondergaan, in minder dan 20 procent der gevallen deze proeven positief waren - dus in meer dan 80 procent der gevallen negatief. Bij de wel behandelde lagen deze percentages aanmerkelijk hoger, waarschijnlijk omdat het proces bij deze mensen al verder was voortgeschreden, voordat ze bij de uroloog onder behandeling kwamen. Wanneer röntgenologisch metastasen in

de wervelkolom aan te tonen waren was in meer dan de helft van de gevallen een van de andere tests positief. (Alleen de zure fosfatase was bij de met oestrogenen behandelde minder vaak positief dan bij de onbehandelde; het is bekend dat oestrogenen de titer van de zure fosfatase verlagen.) Bij 293 niet hormonaal behandelde patiënten bleken in 58,4 procent alle tests negatief, en alleen de pathologische anatomie was een aanwijzing voor de diagnose.

Het blijkt dus dat de genoemde laboratoriumproeven slechts een ondergeschikte betekenis hebben bij het diagnostiseren van prostaatacarcinoom. Verhoging van de zure fosfatase komt bij een groot aantal andere aandoeningen voor en zelfs een reëtaal onderzoek of massage van de prostaat kan tijdelijk de titer verhogen. Een verhoging van de alkalische fosfatase is een aanwijzing voor de aanwezigheid van botmetastasen.

J. G. Antvelink

63-28. Neuropathy in children with diabetes mellitus. *Lawrence, D. G. en S. Locke (1963) Brit. med. J. I, 784.*

Bij een onderzoek dat werd ingesteld naar het voorkomen van neurologische afwijkingen bij kinderen, die aan diabetes lijden, namen de auteurs binnen een periode van achttien maanden vijftien gevallen waar van allerlei neurologische afwijkingen bij jeugdige diabetes-lidder. De afwijkingen bestonden uit: reflexvermindering, of zelfs afwezig zijn van de peesreflexen, spierzwakte, paresen, paralyzen, sensorische af-