

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 tuberculinate 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 tuberculinate 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 prostaatweefsel 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-

wijkingen en verminderde geleidingssnelheid in de motorische zenuwen. De diagnose neuritis werd slechts gesteld, wanneer minstens drie van deze afwijkingen aanwezig waren. In dertien van de vijftien gevallen bestond een perifere polyneuritis met de karakteristieke bilaterale, symmetrische aantasting van het distale deel van de lange zenuwtakken, zoals die zich uit in het afwezig zijn van de achillespeesreflexen, lichte of matige parese van de kleine spieren van de voet en gevoelsverlies in de onderste helft van de onderbenen, van welk gebied de bovengrens onscherp is begrensd. In twee gevallen bestond er een bilaterale motorische neuritis, waarbij de aandoening beperkt was tot het verzorgingsgebied van de nervus peroneus of zijn takken.

Interessant waren de bevindingen bij een tweeling van 14 jaar, waarvan het ene meisje al negen jaar aan diabetes mellitus leed. Zij spoot 38 eenheden insuline per dag en had bij zichzelf slechts af en toe wat kramp in de kuiten waargenomen. Bij onderzoek had zij bilateraal spierzwakte in de mm extensor digitorum brevis en extensor hallucis longus, afwezige kniepeesreflexen, verzwakte achillespeesreflexen, verminderd pijn- en temperatuurgevoel in het onderste deel van het onderbeen, intacte dieptesensibiliteit en vibratiegevoel. Haar tweelingzuster, die sinds vijf jaar aan diabetes leed en dagelijks 36 eenheden insuline inspoot, bleek bij onderzoek geen enkele afwijking op neurologisch gebied te vertonen.

Dat deze diabetische neuropathie veel meer voorkomt dan men denkt leiden de schrijvers daaruit af, dat zij neurologische stoornissen vonden bij vier van de 25 jeugdige diabeteslijders, die achtereenvolgens in een ziekenhuis waren opgenomen. (Steenwinkel, F. L. M. (1963) huisarts en wetenschap 6, 361 heeft in dit tijdschrift op deze complicatie van diabetes eveneens de aandacht gevestigd, ref.)

L. J. Bastiaans

63-29. Deadly cold. *Leading article.* (1963) *Brit. med. J. I*, 203.

Gedurende elke winter komen perioden voor, dat de temperatuur zo daalt, dat gevallen van bevrozing voorkomen. Men moet zich losmaken van de algemene misvatting, dat zoiets alleen overkomt aan gestrand bergbeklimmers of zee-lui, die schipbreuk leden. Wanneer de temperatuur van de lucht zeer sterk daalt, kan de lichaamstemperatuur van kleine kinderen en van oude mensen gemakkelijk zakken tot gevaarlijk lage waarden (21°-32° C). Wanneer bij deze twee leeftijdsgroepen hypothermie optreedt, gaat dat gepaard met verschijnselen, die lang niet altijd als zodanig worden gediagnosticeerd.

In de eerste levensweken heeft een gezonde baby dag en nacht gelijkmatige warmte nodig; bij zieke baby's klemt dat des te meer. Toch wordt niet altijd in elk huis aan deze eis voldaan, zelfs al kunnen de ouders het wel betalen. Kachels kunnen in de vroege morgenuren uitgaan; elektrische kachels en gasverwarmers worden uit zuinigheidsoverwegingen 's avonds uitgedraaid, koude lucht kan door open ramen binnestromen, terwijl warme badjes weleens in een koude omgeving worden gegeven. Baby's kunnen een gevaarlijke onder-temperatuur hebben en er toch op het eerste gezicht niet ziek uitzien. Zij liggen stil in bed met een misleidend gezonde blos op hun wangen, neus, handen en voeten. Maar de voeding gaat moeizaam; het krachtige schreeuwen wordt een zacht klagelijk geluid; hun oogleden en extremiteiten kunnen er gezwollen uitzien (hoewel de ouders dat dikwijls niet opmerken) en hun huid kan op sommige plaatsen hard aanvoelen. De lichaamstemperatuur kan sterk dalen, tot onder 32° C en lager, hetgeen echter door onze gewone thermometers niet wordt geregistreerd. Neonatale hypothermie wordt vaak gecompliceerd door infecties of door hemorrhagieën in de tractus respiratorius of in het maag-darmstelsel.

Veel minder aandacht wordt over het algemeen aan hypothermie bij oude mensen besteed. Afgezien van patiënten lijdende aan myxoedeem, vindt men ondertemperatuur slechts meestal bij zeer oude en vaak demente mensen. Zij wonen nog al eens in slecht verwarmde vertrekken en hun cerebrale functie is vaak verminderd door ziekte of medicamenten. Soms zijn ze incontinent en liggen dan in een nat bed en zijn vaak maar half gekleed. In tegenstelling tot de baby met onder-temperatuur maken deze oude mensen een zeer zieke indruk.

Het bewustzijn is vaak vertroebeld of zelfs verdwenen. Zelfs onder dekens voelt het lichaam koud aan als bij een dode. De rectale temperatuur kan tussen 21° en 32° C liggen. De huid is opvallend bleek en de onderhuidse weefsels voelen deegachtig aan, de huid laat zich in dikke plooiën, die blijven staan, optillen. De benen liggen stijf; rillingen neemt men slechts zelden waar. De peesreflexen zijn vertraagd, maar gewoonlijk niet verlaagd. De pupilreactie op licht verloopt traag. Het hart klopt langzaam en soms treden onregelmatigheden op ten gevolge van artiumfibrilleren. De bloeddruk is dikwijls laag en de ademhaling langzaam met verlengde expiratie. Er kan perifeer oedeem en gezwollenheid van de oogleden bestaan. Hypothermie bij oudjes kan de een of andere ziekte compliceren of verbergen, maar het kan op zichzelf ook al fataal worden.

Het herkennen van de gevallen van hypothermie komt in de eerste plaats neer op de huisarts. Het is een ernstige afwijking, die veel meer voorkomt dan men in het algemeen wel aanneemt. Een groot percentage voert tot de dood. Patiënten met hypothermie moet men in een ziekenhuis opnemen.

L. J. Bastiaans

63-41. *General practice in the future. Leading article.* (1963) *Brit. med. J. II*, 817.

In oktober verscheen in Engeland van een subcommissie van het „Standing Medical Advisory Committee” onder voorzitterschap van Dr Annis Gillie een rapport, dat handelt over de toekomstige ontwikkeling van de algemene geneeskundige praktijk.

De commissie concludeert, dat de algemene praktijk zich in Engeland heeft kunnen ontwikkelen, omdat zij voorzag in een fundamentele behoefte. Deze behoefte zal blijven bestaan en deze vorm van beoefening der geneeskunst zal nog in omvang en belangrijkheid groeien, mits de kwaliteit gelijke tred houdt met de vorderingen der geneeskunde. Hiertoe is echter het volgende nodig: Meer wetenschappelijke beoefening der huisartsgeneeskunst, meer samenwerking tussen de drie onderdelen van de National Health Service (de algemene praktijk, de ziekenhuisgeneeskunst en de medisch sociale diensten), meer onderzoek naar de beste vorm van praktijkorganisatie, en een uitbreiding van de mogelijkheden voor voortgezet medisch onderwijs.

De hinderpalen, die het bereiken van deze doelstellingen in de weg staan zijn de overlading van de huisartsen met werk, hetgeen als het centrale probleem voor de algemene praktijk wordt beschouwd, en de financiële factor. De commissie acht deze beide factoren van zo fundamenteel belang, dat zij zich verplicht acht tegenover de minister als haar mening uit te spreken: 1 Dat het aantal patiënten, dat op de naam van een huisarts moet zijn ingeschreven om hem financieel voldoende zekerheid te verschaffen te groot is om de kwaliteit van zijn werk op het peil te brengen, dat wenselijk is; 2 dat het huidige systeem van honorering voor een arts nauwelijks een aanmoediging is om zijn werk goed te doen; 3 dat het verkeer is, dat er geen progressie is in de honorering bij grotere ervaring of anciënniteit; en 4 dat er voor een arts geen prikkel bestaat om meer geld te besteden aan medische uitrusting, gebouwen en personeel. Bovendien moet worden geconstateerd, dat het aantal jonge artsen, dat zich in de algemene praktijk begeeft, de laatste jaren duidelijk daalt.

De commissie verdiept zich verder in de maatregelen, die moeten worden genomen om in deze toestand verbetering te brengen. Kort samengevat komt het hierop neer, dat de huisartsen beter moeten worden opgeleid en van een betere uitrusting moeten worden voorzien en dat zij de mogelijkheid moeten hebben om hun kennis uit te breiden en ook de materiële middelen om hun werk goed te doen. De hulpmiddelen, die een huisarts ten dienste staan bij zijn werk, moeten beter worden georganiseerd, daar hij zijn werktijd en zijn capaciteit op de meest efficiënte wijze moet kunnen benutten. Maar al te weinig wordt gebruik gemaakt van het hometeam, dat de huisarts ter beschikking staat en dat wordt gevormd door wijkzuster, sociaal werkster, vroedvrouw, kraamverpleegster, assistenten, huisbezoekers, enzovoort.

De commissie ziet in de toekomst ook ziekenhuisbedden voor patiënten, die onder controle blijven van de huisarts;

ruimer toegang tot alle afdelingen in de ziekenhuizen voor diagnostiek en beter informeel contact met de specialisten (iets, waarover wij huisartsen in Nederland over het algemeen niet te klagen hebben, ref.). Meer mogelijkheden moeten voor de huisartsen worden geschapen om in de ziekenhuizen bevalingen bij hun eigen patiënten te leiden (aan deze kwestie is overigens een afzonderlijk rapport gewijd).

Het meest urgente probleem voor de moderne huisarts is wel de dwingende noodzaak om van de snelle vorderingen der huidige geneeskunst op de hoogte te blijven. Iedere arts moet minstens 5 procent van zijn tijd aan studie kunnen besteden. Die artsen, die zich nog herinneren hoe abrupt de overgang was van de veilige geborgenheid van de hospitaalsfeer naar de kilheid van het alleen dragen van de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt aan huis, zullen geïnteresseerd zijn in het voorstel, dat de commissie doet om aan de universiteit eveneens een aparte opleiding voor de algemene praktijk te verbinden. Indien door een dergelijk instituut de toepassing wordt bevorderd van de academische wijze van denken op de problemen van de huisartsgeneeskunst, zal dat ook stellig geschieden door de aanbeveling van de commissie, welke researchwerk, in de zin van nauwkeurig geplande waarnemingen, deel acht uit te maken van de normale activiteit van de huisarts.

Niet zo algemeen zal men het met het advies van de commissie eens zijn om door de minister districtsartsen te laten aanstellen ten einde de huisartsen leiding en raad te geven bij het organiseren en voeren van hun praktijk. De voordelen hiervan wegen niet op tegen de tendens tot verdere overheidsinmenging in een dienst, die juist meer decentralisatie behoeft.

De oudere arts, die gewend is zijn werk consciëntieus en vaak onder moeilijke omstandigheden te doen zal zich wel de ogen uitwrijven bij het zien van het toekomstbeeld van de huisarts, die de coördinator is van de hulpbronnen, die worden gevormd door het ziekenhuis en de sociale diensten. De commissie ziet de huisarts in de centrale positie van waaruit hij al de hulpbronnen ten behoeve van zijn patiënt kan mobiliseren. Zij is de mening toegedaan, dat alleen het beroepsgeweten en de roeping van de arts de ware prikkels kunnen zijn tot het goed verrichten van zijn werk.

Uit dit rapport kan men lezen, dat de Engelse huisartsen met dezelfde problemen worstelen, als hun Nederlandse collega's en dat de suggesties ter oplossing van die problemen voor een belangrijk deel dezelfde richting uitgaan als in ons land, ref.

L. J. Bastiaans

63-50. Record-keeping. *Walford, P. A. (1963) Practitioner 191, 366.*

Tijd, besteedt aan goede praktijkadministratie, is nooit verloren. De schrijver gaat hierbij uit van een enveloppe-systeem, waarbij de kaarten in een enveloppe worden bewaard en de achterzijde van de enveloppe dient om zowel belangrijke ziekten van de patiënt zelf als van zijn familie te memoreren. Deze gegevens kunnen ook op een aparte samenvattingskaart worden vermeld.

Op de kaart dient slechts te worden genoteerd: de diagnose, althans wanneer deze duidelijk is, en de behandeling, met hoogstens een enkel woord over de anamnese en het onderzoek. Bij niet zekere diagnose vermeldt men de hoofdsymptomen. De diagnose wordt, evenals eventuele hoofdsymptomen, in hoofdletters geschreven en omlijnd. Tussen twee opeenvolgende ziekten moet men twee regels openlaten om terugzoeken te vergemakkelijken.

De behandeling moet aan de uiterst rechtse zijde op de kaart worden genoteerd, onder andere om een eventueel herhalingsrecept snel te kunnen afgeven. De specialistenbrieven (tevens laboratoriumuitslagen en dergelijke) zullen de enveloppe gauw doen barsten tenzij op de kaart een kernachtige eenregelige samenvatting van die brieven wordt gegeven. Zulks is volgens de schrijver bij drie van de vier brieven mogelijk, waarna deze kunnen worden vernietigd. De resterende brieven worden eventueel apart bewaard.

Een speciale bak met dagindeling wordt in de auto meegenomen om de enveloppen van de te bezoeken patiënten bij de hand te hebben als er iets belangrijks te noteren valt; tevens kan het meenemen van de enveloppen een visiteboekje

achterwege doen blijven. De enveloppen worden bij herhalingsvisites steeds op de goede dag opgeborgen of anders uit de bak gehouden.

Voor het bewaren van het enveloppe-systeem wordt, vooral voor een snel overzicht en om het onnodig openen en sluiten van een lade te voorkomen een open bak geadviseerd.

Een aantal korte opmerkingen besluit het artikel: nietjes in opvolgende kaarten links onder bevestigen; gebruik een datumstempel; gebruik een diagram-stempel om snel aan te kunnen geven waar de pijn of de tumor zit (omschrijven kost veel meer tijd); een dicteerapparaat spaart, wanneer veel brieven worden geschreven, tijd van arts en assistente.

Over de opberging van het enveloppe-systeem is een apart artikel verschenen — Adams, G. S. (1963) *Med. Wld. 99, 239* — en over de methode de aantekeningen voor research te kunnen gebruiken raadplege men: *Walford, P. A. (1963) J. Coll. Gen. Pract. 6, 225.*

G. Faber

Het lezen waard

De huisarts wordt vrij dikwijls geconfronteerd met de verschillende problemen van het kinderloze echtpaar. Enkele hiervan zijn de mogelijke plaatsing van pleegkinderen en van adoptie. Het lezen waard, zowel voor de arts als voor zijn patiënten, zijn de volgende brochures:

„Adoptie” door Mr. M. B. van de Werk, (te verkrijgen door overmaking van f 1,— op postrekening 1122 ten name van de Stichting voor het Kind, Emmastraat 38, Amsterdam, met vermelding van de titel van de gewenste brochure) en „Wij willen een kind aannemen” een nummer van het blad van de Nederlandse Vereniging van Pleegouders, (te verkrijgen door overmaking van f 0,50 op postrekening 448600 ten name van de algemene penningmeester der Nederlandse Vereniging van Pleegouders te Voorburg, eveneens met vermelding van het gewenste).

Boekbespreking

Prof. Dr J. R. Prakken. Leerboek der praktische dermatologie. Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 1963. 360 bladzijden, 210 afbeeldingen. Prijs f 42,—.

Het leerboek van Prakken zal, dacht ik, in een behoefte blijken te voorzien. Het is uiteraard geen boek om in één adem uit te lezen, maar het leent zich bijzonder goed voor een snelle oriëntatie, zowel over de gewone huidziekten van alledag als over de „buitenbeentjes”, waarvan men als huisarts de diagnose pas te weten komt uit de antwoordbrief van de specialist.

Het boek is helder geschreven en de beschrijvingen der ziektebeelden zijn uitstekend. Gelukkig legt Prakken meer de nadruk op wat met het blote oog kan worden gezien dan op de (voor niet-specialisten meestal weinig boeiende) histologie. Hij is er verder goed in geslaagd om de hoofdzaken uitvoerig genoeg te behandelen en de bijzaken en rariteiten beknopt genoeg. Bij de therapie ligt het accent duidelijk op de uitwendige behandeling (waarvan in een inleidend hoofdstuk een goed overzicht wordt gegeven); ten aanzien van het gebruik van inwendige geneesmiddelen in de dermatologie geeft Prakken blijk van een weldadige terughoudendheid.

De talrijke foto's, afzonderlijk op kunstdrukpapier afgedrukt, zijn over het algemeen fraai en duidelijk. Natuurlijk zijn juist in de dermatologie zwart-wit afbeeldingen niet ideaal, maar kleurenfoto's zouden het boek ongetwijfeld veel duurder hebben gemaakt. Het is alleen jammer, dat bij de foto's niet wordt verwezen naar de bijbehorende tekstpagina en vooral dat men in de tekst niet vermeld vindt, of en waar er een afbeelding van het besproken ziektebeeld is opgenomen, zodat men òf moet bladeren òf moet gaan zoeken in het (zeer goede) register. Bij een herdruk kan hierin hopelijk worden voorzien.

Ik meen dit boek aan alle huisartsen warm te kunnen aanbevelen.

A. E. Denekamp