

totaliteit en specialisatie en het blijkt dat deze vragen ook wetenschappelijk en methodologisch van aard zijn. Wat dit laatste betreft moet men vooral komen tot een beter inzicht omtrent de verhouding van natuurwetenschap en geesteswetenschap en er naar streven dat deze relatie meer functioneel wordt gezien en niet als een absolute tegenstelling. „Natuur” en „geest” kunnen in de geneeskunde niet als gescheiden gebieden worden gezien, maar zijn extreme formuleringen van een veel wezenlijker en diepere eenheid in het menselijk bestaan.

Voorts wordt ingegaan op de eigen aard van het psychische, zulks in verband met de moderne visie op de mens als eenheid en de patiënt als persoon. Vanzelfsprekend komen hierbij de vragen van de psychosomatiek aan de orde. Tenslotte wordt getracht de specifieke functie van de huisarts te belichten in verband met de bovenvermelde probleemstelling. Als centraal thema komt hierbij de relatie arts-patiënt naar voren.

Summary. Can the general practitioner practise integral or anthropological medicine? Pondering the specific character of the general practitioner's work, we encounter various terms which attempt to denominate this character. For example we find a distinction between the concepts of „integral” and „anthropological” medicine. The former can be defined as a type of medicine in which representatives of the various specialties, with psychologists and sociologists, join their efforts in the elaboration of a given problem. The term „anthropological” can be applied to that type of medicine in which the physician attempts to orient himself as widely and deeply as possible with regard to the patient's general human problems.

These two types of medicine supplement each other, and both are of significance in the modern general practitioner's work. In this respect, problems concerning the relation be-

tween totality and specialization emerge, and these problems also prove to be of a scientific and methodological nature. As regards the latter, our primary concern should be to improve our understanding of the relation between natural and psychophilosophical science; our object should be a more functional approach to this relation, no longer regarding it as an absolute contrast. In medicine, „nature” and „mind” cannot be regarded as separate fields; they are extreme formulations of a much more fundamental, deeper unity in the human existence.

This paper also considers the specific nature of the psychic, in the context of the modern view on man as a unity and the patient as a person. Psychosomatic questions are of course broached in this respect. An attempt is made to elucidate the general practitioner's specific function as it relates to this problem definition. The physician-patient relation emerges from these considerations as the central theme.

Es, J. C. van (1963) Ned. T. med. studenten 9, 142.

Horst, L. van der, geciteerd bij: J. M. L. Phaff (1963) Medisch Contact 18, 480.

Jaspers, K. (1932) Philosophie. Springer, Berlin.

Jung, C. G. (1962) Erinnerungen, Träume, Gedanken. Rascher, Zürich.

Leibbrand, W. (1956) Die spekulative Medizin der Romantik. Claassen, Hamburg.

Peursen, C. A. van (1956) Lichaam, ziel en geest. Bijleveld, Utrecht.

Pos, R. (1963) The psyche-soma complex. Acad. proefschrift, Utrecht.

Querido, A. (1955) Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfort Kroese, Leiden.

Uexküll, Th. von (1963) Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Hamburg.

Vóórkomen en voorkòmen van hepatitis infectiosa

DOOR H. W. A. SANDERS, HUISARTS TE HELMOND

De mens kan op verschillende manieren reageren op een besmetting met het hepatitis infectiosa virus (IH-virus of virus A):

- a klinisch manifeste hepatitis met icterus;
- b klinisch manifeste hepatitis zonder icterus;
- c subklinische, latente hepatitis met minimale leverstoornis;
- d subklinische infectie zonder leverstoornis: alimenteraire fase eventueel met viremie, drager.

Uit klinische en klinisch-experimentele studies blijkt dat anicterische en subklinische infecties, met weinig of geen ziekteverschijnselen, veel vaker voorkomen dan hepatitis met icterus. Gesteld kan worden dat tegenover elk gediagnostiseerd geval van hepatitis infectiosa minstens twaalf niet herkende gevallen voorkomen (Krugman c.s. 1960, Chalmers c.s., *Leading article*). Waarschijnlijk wordt bij velen besmetting niet door klinische of laboratoriumafwijkingen gevolgd, zodat hepatitis een niet frequente complicatie is van een veel voorkomende virusinfectie (Taylor).

De factoren die na besmetting de mate van leverbeschadiging bepalen zijn nog grotendeels onbe-

kend; behalve het milieu (massale blootstelling) en de weerstand (gelijktijdig voorkomen van pathogene darmbacteriën, erfelijkheid?) is vooral de leeftijd in dit opzicht van betekenis. Bij kinderen is icterus een ongebruikelijk symptoom van hepatitis. De meerderheid maakt een onschuldige anicterische of asymptomatische infectie door, die vaak niet als hepatitis infectiosa wordt herkend; de icterische gevallen zijn mild, duren kort en herstellen compleet. Met de leeftijd stijgt de frequentie van de hepatitis met icterus en neemt de ziekteduur, de ernst en de kans op complicaties toe (*Havens*).

Hepatitis infectiosa komt voornamelijk bij kinderen voor. Na het twintigste levensjaar neemt de frequentie enorm af (Bos, Hartog, Huygen). Het overgrote deel van de volwassen populatie blijkt dus immuun, ook zij die een negatieve hepatitis-anamnese hebben. Dit moet wel berusten op het zeer frequent voorkomen van subklinische en anicterische infecties. Het leeftijds patroon van hepatitis infectiosa in een bepaalde bevolking is afhankelijk van de graad van vroeger contact met het virus, van milieufactoren die verspreiding bevorderen (hygiëne, behuizing) en van de relatie virus-gastheer die de duur van de besmettelijkheid en de klinische her-

kenbaarheid bepaalt. Als het milieu de verbreiding via de faecale-orale route bevordert, blijft de hepatitis endemisch en wordt gekenmerkt door een zeer frequente infectie op jeugdige leeftijd, die zelden met klachten of verschijnselen, wijzend op een leveraandoening, gepaard gaat en die dus slechts in een klein percentage wordt herkend, maar blijkbaar wel een levenslange immuniteit nalaat. Als het proces van sociaal-economische groei en daarmee gepaard gaande verbetering van de hygiëne en de woontoe-standen voortgaat, bereikt een toenemend deel van de bevolking een oudere leeftijd zonder immuniteit. Bij blootstelling van deze ouderen neemt het vóórkomen van ernstige hepatitis toe met meer kans op chronisch verloop en progressieve leverbeschadiging. Er zijn tekenen die erop wijzen dat Noord-Amerika en Noord-West-Europa in dit gevaarlijke stadium komen te verkeren (*McCollum*).

De diagnostiek van hepatitis infectiosa is voornamelijk een klinisch-epidemiologische (*Vraag en antwoord 1959*); het laboratorium is van meer belang voor het volgen van het genezingsproces. De transaminasenbepaling kan in de acute fase van grote betekenis zijn bij onduidelijke gevallen en bij anicterisch of subklinisch beloop (*Zondag*). Tijdens een hepatitisepidemie of -endemie zullen achter gastro-intestinale of influenza-achtige verschijnselen vele lichte hepatitisgevallen schuil gaan, die door leverpercussie en -palpatie en bij twijfel door een SGTP- en thymoltroebelingsbepaling kunnen worden gediagnostiseerd.

Daar geen causale therapie bekend is zal, vooral bij volwassenen, bedrust en het stimuleren van een calorieën- en eiwitrijke voeding van normale samenstelling zonder vetbeperking — tenzij in de initiële fase tegenzin in vet bestaat — moeten worden voortgezet tot volledig herstel of een optimaal effect (*Schalm*) bereikt is. Van het voorschrijven van een dieet met restricties moet ook om psychologische redenen worden afgezien, daar deze adviesvorm de voedselopname remt (*Sherlock, Crews*).

Na verdwijnen van de klachten en de hepatomegalie en daling van de serumtransaminasen tot beneden de 100E en van het serumbilirubinegehalte tot 1,5 à 2 mg procent, kan de patiënt worden gemobiliseerd en geactiveerd. Wegens de kans op recidief of exacerbatie na subklinisch beloop, behoort het klinisch- en laboratoriumonderzoek van de volwassen patiënt één maand na mobilisatie en werkhervatting te worden herhaald. Bij terugkeer van de klachten of verschijnselen moeten strengere therapeutische maatregelen worden genomen. Voor de jeugdige, tevoren gezonde hepatitispatiënt is een minder conservatief standpunt ten aanzien van duur en volledigheid van de bedrust verantwoord, mits de patiënt regelmatig wordt gecontroleerd (*Nefzger, Sherlock, Hulst*).

Door corticosteroidtherapie wordt bij hepatitis infectiosa vrijwel altijd onmiddellijk een duidelijke

daling van de transaminasen- en bilirubinewaarden bewerkstelligd; het effect op de andere leverfuncties en op het histologisch beeld is variabel. Wegens de grote kans op recidief en op ernstige bijwerkingen, en het feit dat chronische leverbeschadiging niet met zekerheid wordt voorkomen, behoren corticosteroiden alleen op duidelijke indicatie te worden gegeven (*Weinstein, Katz, Kern, Vraag en antwoord 1959*). *Stokes* meent dat bij ernstige gevallen van virushepatitis ook pathogene darmbacteriën een rol kunnen spelen; door belasting van de lever met toxische stoffen wordt deze meer vatbaar voor het virus. Hij stelt daarom voor in deze gevallen door neomycine of sulfasuxidine de dikke-darm-flora te verminderen. Bij bloedingsneiging moet vitamine K worden toegediend.

Isolatie binnen het gezin is zelden geïndiceerd; daar reeds twee tot drie weken voor het begin van de klinische verschijnselen virus in de ontlasting kan worden aangetoond, wordt door deze maatregel verbreiding naar gezinsgenoten niet voorkomen (*Krugman c.s. 1959 en 1962, Chalmers*). Hygiëne heeft de meeste preventieve betekenis, vooral als deze reeds bestond voor van hepatitis sprake was.

Gammaglobuline, 0,01 en 0,02 ml/kg, gegeven tot zes dagen voor het einde van de incubatietijd, voorkomt in 90 tot 100 procent van de gevallen het ontstaan van klinisch manifeste hepatitis bij contacten (*Stokes, 1960 en 1962, Albrecht*). Bij grote en continue besmettingskans, bij epidemieën en in gesloten gemeenschappen bij endemie, wordt 0,13 ml/kg^{1/2} jaar aangeraden (*Stokes 1961, Krugman c.s.*).

Uit de klinisch-experimentele onderzoeken van *Krugman c.s. 1960, 1962* in een instituut voor geestelijk onvolwaardige kinderen, waarin hepatitis infectiosa endemisch voorkwam, is gebleken dat gammaglobuline de icterus onderdrukt maar niet de infectie voorkomt. Aan nieuw opgenomen kinderen werd alternerend wel of geen gammaglobuline toegediend in een dosering van 0,13 ml/kg. Wekelijks werden ze gedurende zes maanden klinisch en biochemisch onderzocht. Van de veertig met gammaglobuline behandelde kinderen kregen zeven een anicterische infectie in de eerste vier maanden na opname, in de vijfde en zesde maand traden nog vijf anicterische en drie icterische gevallen op (totaal 15 = 37 procent). Van de 45 niet met gammaglobuline behandelde kinderen maakten acht kinderen een anicterische en vijf een icterische hepatitis door in de eerste vier maanden, in de volgende twee maanden ontstonden nog drie anicterische en één icterisch geval (totaal 17 = 37 procent). De meerderheid van deze hepatitisgevallen verliep zo licht, dat deze gevallen buiten deze experimentele sfeer met wekelijks routine-onderzoek, niet zouden zijn herkend. Gammaglobuline verhindert dus bij voortdurende besmettingskans het optreden van icterische gevallen tot de vijfde maand en modificeert de ziekte zo, dat zij klinisch niet wordt herkend en daardoor in het algemeen niet of onvol-

doende wordt behandeld, zodat zij voor de omgeving meer besmettingsgevaar oplevert dan de icterische en dus in bed liggende zieke. Deze voor het individu in sommige opzichten gunstig lijkende maatregel heeft dus voor de gemeenschap gevaarlijke consequenties.

Daar gammaglobuline, tijdig toegediend, vrijwel altijd manifeste hepatitis voorkomt, wordt deze profylaxe als routine voor alle gezinscontacten door vele schrijvers, ook in dit tijdschrift, aangeraden (Bos, Huygen, Hulst). Het lijkt echter voor discussie vatbaar of deze beschermende maatregel, zowel voor het individu op lange termijn als voor de gemeenschap, wel zo zinvol is, daar deze profylaxe slechts gedurende korte tijd een immuniteit in stand houdt. In die gevallen, waarbij geen infectie volgt, dus voornamelijk bij contacten van een sporadische casus, ontstaat een passieve immuniteit van zes tot acht weken. Bij continue besmettingskans, bij endemisch-epidemische toestanden en veel contact, ontstaat een passief-actieve immuniteit die echter slechts vijf tot twaalf maanden duurt (Vraag en antwoord 1959, *Vraag en antwoord 1961*).

Een infectie met het IH-virus verloopt bij kinderen vrijwel altijd onschuldig en laat een levenslange immuniteit achter; bij volwassenen bestaat meer kans op ernstig en chronisch beloop en restverschijnselen of zelfs progressie. 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 twintig jaar op deze wijze profylactisch te behandelen. Voor kinderen in het gezin, voor wie door slechte algemene toestand of bestaande ziekte het doormaken van hepatitis infectiosa op dit moment ongewenst lijkt, is gammaglobuline wel geïndiceerd. Hoewel hepatitis bij zuigelingen zelden optreedt, is een ongunstig verloop nogal eens beschreven, zodat profylactische behandeling te overwegen is.

Ook voor volwassen gezinscontacten kan men niet van een absolute indicatie spreken:

a Voor elk herkend geval van hepatitis waartegen men zou kunnen beschermen, zijn er twaalf niet herkende, meestal nauwelijks zieke dus niet geïsoleerde of bedlegerige en dus meer besmettelijke gevallen, waartegen geen profylaxe mogelijk is.

b De kans dat een volwassen gezinscontact hepatitis krijgt is zeer klein (Bos 1 : 40); in de meeste gevallen, ook indien geen geelzucht is door-gemaakt, blijkt dus immuniteit aanwezig. Daar echter het risico van hepatitis infectiosa op volwassen leeftijd groter is en het geven van een gammaglobuline-injectie vrijwel geen kans op complicaties met

zich brengt, is deze profylaxe voor volwassen gezinscontacten het overwegen waard. Het lijkt wel gewenst deze beschermde personen bij lichte klachten in de op de injectie volgende maanden op hepatitis te onderzoeken, opdat lichte anicterische gevallen ontdekt en doeltreffend behandeld worden.

Voor de moeder of verzorgster van een hepatitispatiënt bestaat een absolute indicatie voor het geven van gammaglobuline: massale besmetting zou een bestaande immuniteit kunnen overweldigen en als zij hepatitis zou krijgen, zou zij slechter worden verzorgd en vaak te snel haar activiteiten weer (moeten) hervatten (Vraag en antwoord 1960).

Samenvatting. Hepatitis infectiosa verloopt bij kinderen meestal als een milde gastro-intestinale of algemene infectie zonder icterus, vaak zelfs zonder klachten of verschijnselen, en wordt dus zelden als zodanig herkend. Met de leeftijd nemen de manifeste vormen en de kans op ernstig beloop toe. Volwassen patiënten moeten zo mogelijk op geleide van de leverfunctieproeven worden behandeld en gemobiliseerd; één maand na klinisch en biochemisch herstel dient als routine hercontrole te geschieden. Gammaglobuline, vóór of in de incubatietijd gegeven, kan hepatitisverschijnselen (icterus) onderdrukken en in het algemeen een manifest beloop voorkomen. Daar deze profylaxe slechts een kortdurende immuniteit achterlaat, lijkt toediening aan gezonde jeugdige gezinscontacten ongewenst.

Summary. Incidence and prevention of infectious hepatitis. Infectious hepatitis in children as a rule takes the course of a mild gastro-intestinal or general infection without jaundice, and often even without signs or symptoms; consequently, it is seldom recognized as such. Manifest forms and the risk of a more severe course increase with increasing age. Adult patients should be treated on the basis of the results of liver function tests, if possible, and ambulated. One month after clinical and biochemical recovery, a routine follow-up should be made. Administration of γ -globulin before or during the incubation period can suppress hepatic symptoms (jaundice), and generally prevent a manifest course. Since this prophylaxis ensures only brief transient immunity, administration of γ -globulin to unaffected juvenile family contacts seems undesirable.

- Albrecht, R. M. (1961) *J. Amer. med. Ass.* 175, 824.
Bos, G. J. (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 1278.
Chalmers, Th. C. c.s. (1963) *Practitioner* 191, 11.
Crews, R. (1962) *J. Amer. med. Ass.* 181, 754.
Hartog, J. (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 91.
Havens, P. (1962) *Amer. J. Med.* 32, 665.
Hulst, L. A. (1964) *huisarts en wetenschap* 7, 55.
Huygen, F. J. A. (1964) *huisarts en wetenschap* 7, 49.
Katz, R. c.s. (1962) *Gastroenterology* 42, 258.
Kern, Fr. c.s. (1963) *Amer. J. Med.* 35, 310.
Krugman, S. c.s. (1959) *New Engl. J. Med.* 261, 729.
(1960) *J. Amer. med. Ass.* 174, 823.
(1962) *Amer. J. Med.* 32, 717.
Leading article (1962) *Lancet* II, 491.
McCullum, R. W. (1962) *Amer. J. Med.* 32, 657.
Nefzger, M. D. c.s. (1963) *Amer. J. Med.* 35, 299.
Schalm, L. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 2088.
Sherlock, Sh. (1960) *Practitioner* 185, 492.
Stokes Jr, J. (1960) *J. Amer. med. Ass.* 172, 652.
(1961) *J. Amer. med. Ass.* 176, 560.
(1962) *Amer. J. Med.* 32, 729.
Taylor, A. R. c.s. (1962) *Amer. J. Med.* 32, 679.
Vraag en antwoord (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1351.
Vraag en antwoord (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 2387.
Vraag en Antwoord (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 628.
Vraag en Antwoord (1961) *J. Amer. med. Ass.* 177, 463.
Weinstein, L. (1960) *Practitioner* 185, 500.
Zondag, H. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1088.