

observatieperiode van deze patiënten bedraagt 3 maanden tot 2½ jaar. Als bijzonderheid vermelden de auteurs dat drie patiënten een dusdanig remissie hadden, dat zij zonder therapie klachtenvrij waren. Twee hiervan kregen evenwel na enkele maanden weer klachten, zodat ze weer tolbutamide kregen; de andere is evenwel nog steeds, meer dan 15 maanden, klachtenvrij.

De gemiddelde gewichtstoename van de 19 patiënten gedurende de eerste maand bedroeg 1,5 kg; de gemiddelde gewichtstoename van 15 patiënten over een behandelingsperiode van drie maanden, bedroeg 2,4 kg; daarna bleef het gewicht constant.

Na de medicamenteuze therapie werden geen complicaties gezien, hoewel een derde van de patiënten over pyrosis klaagde in de tijd verlopend tussen het innemen van het tablet en de maaltijd. Deze klacht kon worden ondervangen door het tablet met wat natriumcarbonaat of wat voedsel in te nemen. De enige andere waargenomen reactie was een aanval van hypoglykemie 1½-2 uur na de maaltijd. Door de voedseltoediening te vergroten, verminderde ook deze klacht.

Bij 18 patiënten werd een intraveneuze tolbutamide-tolerantietest verricht. Twaalf gaven een duidelijk diabetisch of suspect diabetisch beeld te zien, zoals bij een volwassene in het beginstadium van diabetes. De veranderingen in het plasmaplasma konden door de auteurs niet worden aangetoond. Twaalf van de 18 patiënten bleken een verminderde koolhydraattolerantie te hebben of wellicht een verminderde insulinereserve. Aangezien er geen duidelijke statistische correlatie is aangetoond tussen het lijden aan een peptisch ulcus en diabetes mellitus, wijzen de auteurs erop, dat er van een subtotale gastrectomie mogelijk een diabetogeen effect uitgaat.

De herhaalde bètacellen-stimulering door de extreme hyperglykemische piek, die na elke voedselopname optreedt, kan een uitputtend effect op de insulinereserve hebben. Natuurlijk treedt geen totale uitputting op, aangezien deze patiënten niet manifest diabetisch zijn. De trage insuline-afscheiding en de abnormale reactie op intraveneuze toediening van Na-tolbutamide is gelijk aan die, welke we zien bij patiënten met het volwassen type van diabetes mellitus in het beginstadium. Deze factoren kunnen wellicht het „lag type” van de glucosebelastingcurve en de door Hobsley en Le Quesne veronderstelde verminderde perifere glucose-utilisatie verklaren. De slechte voedingstoestand waarin veel patiënten met dumpingklachten verkeren, kan wellicht ten dele worden geweten aan de verminderde koolhydraattolerantie. Dat vijf van de onderzochte patiënten pas vier tot 54 maanden na de operatie dumpingklachten kregen is in overeenstemming met de bèta-cel-uitputtingstheorie.

Tenslotte wijzen de auteurs erop dat het van het grootste belang is bij de therapie van de dumping, dit ziektebeeld nauwkeurig te differentiëren van de talloze andere postgastrectomiesyndromen.

C. H. Bowles.

65-03r. Evolution of a specialty. Shaw, W. J. (1963) *J. Amer. med. Ass.* 186, 575.

Dit artikel geeft een kort overzicht van de ontwikkeling der specialisatie in Amerika. In verband met deze ontwikkeling beschrijft de auteur de taakverschuiving van de huisarts. Hij acht het creëren van een specialisme gezinsgeneeskunde (family practice) noodzakelijk en wijst op de vele stappen, die in dit opzicht reeds zijn gedaan door de American Medical Association en de American Academy of General Practice. Analoot aan de andere specialismen zal een speciale opleiding moeten worden ontworpen. Verwacht wordt, dat mits de opleiding qua niveau voldoende is, de ziekenhuizen faciliteiten zullen bieden aan de als gezinsgeneeskundig specialist erkende huisarts. Tevens zullen huisartsen dan wellicht worden ingeschakeld bij het medisch onderwijs. De kwestie erkenning en registratie wordt moeilijk, maar wel oplosbaar geacht.

(Het artikel biedt vergelijkingsmogelijkheden met de situatie in ons land. Ook hier echter blijken naast overeenkomsten belangrijke verschillen in opvatting omtrent taak en functie van de huisarts te zijn, ref.)

Dr. W. Brouwer

## Berichten

### BOERHAAVE-CURSUS RATIONALISERING KLINISCH LABORATORIUM ONDERZOEK

De Boerhaave-cursussen voor voortgezet medisch onderwijs zullen op vrijdag 24 en zaterdag 25 september 1965 een cursus organiseren betreffende rationalisering van klinisch laboratoriumonderzoek. De bedoeling is om te bespreken welke werkwijzen hebben bewezen een goed resultaat te geven en welke gewoonlijk overbodig zijn of pas noodzakelijk worden in tweede of derde instantie. De cursusleiders en vele andere internisten zijn van oordeel dat men in vele gevallen met veel minder laboratoriumbepalingen toe kan en dat in de aanvragen voor laboratoriumonderzoek nauwkeurige klinische overwegingen mede verdisconteerd dienen te worden.

Het programma voor vrijdag 24 september is: *J. Mulder*: Opening; *B. Leynse*: Inleiding; *L. Kuenen*: Algemene aspecten van vereenvoudiging van het laboratoriumonderzoek; *L. Schalm*: Vereenvoudigde leverfunctieproeven vanuit klinisch standpunt; *E. J. van Kampen*: Vereenvoudigde leverfunctieproeven vanuit chemisch standpunt; *E. A. Loeliger*: Het nut en de plaats van het bepalen van stollingsfactoren bij leverparenchymstoornissen; *J. B. Lips*: De rationalisering van het chemische maagfunctieonderzoek; *J. de Graeff*: Vereenvoudigde en noodzakelijke nierfunctieproeven; *B. Leynse*: De noodzaak van het bepalen van bepaalde transaminasen bij het hartinfarct; *A. H. Holtz*: Discussie over de meest aanbevelenswaardige bloedsuikerbepaling; *B. Leynse*, *J. B. Lips* en *J. Terpstra*: Discussie over de glucose tolerantieproef; *D. Smeenk*: Rationalisering van de laboratorium-diagnostiek bij mogelijk bestaande hyperparathyreoïde; *A. P. van Seters*: Welke proeven zijn noodzakelijk voor het opsporen van een bijnierinsufficiëntie; *A. P. van Seters* en *A. A. H. Kassenaar*: Welke bepalingen zijn noodzakelijk voor het beoordelen van een bijnierschorshyperfunctie?

Voor zaterdag 25 september is het programma: *W. R. O. Goslings*: Rationalisering van de bloedkweek inclusief die bij subacute bacteriële endocarditis; Wanneer zijn gevoeligheidsbepalingen voor antibiotica strikt noodzakelijk en wat is de handigste en meest betrouwbare methode?; *J. Mulder*: Vereenvoudigde methoden bij het sputumonderzoek op bacteriën en eosinofiele leukocyten; *J. F. Coster* en *J. F. Ph. Hers*: Snel microscopisch onderzoek op tuberkelbacteriën; *W. Hijmans*: Antinucleaire factor en L. E. cel-fenomeen; *H. A. Valkenburg*: Wanneer is de AST-bepaling noodzakelijk? Wat is de waarde van een positieve keelwat op beta hemolytische streptokokken?; *J. F. Coster*, *J. Goslings*, *W. Heijmans* en *H. A. Valkenburg*: Discussie over de waarde van de proef van Waaler-Rose, de latexproef en de L-agglutinatie; *E. J. van Kampen*: Automatische bloedceltelling; *J. Mulder*: Vereenvoudigde conservatieve methoden bij de telling en differentiatie van leukocyten; *F. J. Cleton*: Discussie over de meest betrouwbare trombocytentelling; *J. Mulder*: Discussie over dekglas of objectglas-uitstrijk van bloed; *J. J. van Rood*: Snelle beoordeling van het mogelijk bestaan van hemolytische anemie.

De cursus is bedoeld voor internisten, kinderartsen en klinische laboratoriumexperts. Aanmelding dient te geschieden — het cursusgeld bedraagt f 30,— — vóór 10 september bij het secretariaat van de Boerhaave-cursussen, bureau directeur-geneesheer Academisch Ziekenhuis, Leiden. Inlichtingen telefoon 01710-57222, toestel 2700.

### Cursus Medische Statistiek

Het Nederlandse Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden organiseert in samenwerking met de medisch-biologische sectie van de Vereniging voor Statistiek van eind september 1965 tot en met mei 1966 op dinsdagavonden een uit dertig lessen bestaande cursus medische statistiek. In deze cursus worden behandeld de opzet en uitvoering van onderzoeken, de beschrijvende en de mathematische statistiek, enkele klassieke methoden, verdelingsvrije methoden, de toetsing betreffende kwalitatieve gegevens en de keuze van een statistische methode. Het cursusgeld bedraagt

f 150,—, te voldoen op postgiro 202277 van genoemd Instituut, waar ook de aanmelding kan geschieden en inlichtingen kunnen worden verkregen (Wassenaarseweg 56, Leiden, telefoon 01710 - 50940 t/m 50944, toestel 237).

## TWEDE INTERNATIONALE CONGRES OVER EXFOLIATIEVE CYTOLOGIE TE PARIJS 21 - 23 MEI 1965

Bij vrijwel alle gesprekken over de taken van de huisarts in de nabije toekomst wordt de nadruk gelegd op de wenselijkheid van uitbreiding van zijn rol bij de positieve gezondheidszorg en de individueel-gerichte preventie. Zij, die aan deze frase inhoud willen geven, zullen in de eerste plaats aandacht wijden aan hoofdstukken uit de preventieve geneeskunde, die nog niet zijn ingebouwd in sociaal-geneeskundige werkzaamheden vanuit de ziekenhuizen of vanwege de overheid.

Als een mogelijk vruchtbaar arbeidsveld voor huisartsenactiviteit in deze sfeer van positieve gezondheidszorg heeft de staf van het N.H.I. gedacht aan de exfoliatieve cytologie met betrekking tot de vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom. Dit is aanleiding geweest voor ondergetekenden om het tweede internationale congres voor exfoliatieve cytologie te bezoeken, dat van 21 tot en met 23 mei 1965 te Parijs plaatsvond.

Op dit congres, dat in het fraaie niet ver van de Eiffeltoren gelegen Unescogebouw werd gehouden, vormde het cytologisch massa-onderzoek op cervixcarcinoom, met enige tientallen losse voordrachten en een paneldiscussie, een der voorname onderwerpen. Men mag wel stellen dat met dit congres de „experimentele fase” van de cytologische vroege diagnostiek is afgesloten.

Algemeen wordt thans de grote betekenis van goed geleide campagnes op basis van degelijke cytodagnostische laboratoriumdiensten erkend. Het verzet van de patholoog-anatoom tegen de toekenning van maligniteitscriteria aan losse cellen neemt af, omdat de ervaring heeft bewezen dat deze criteria diagnostische waarde hebben. Het cytologisch rapport is in enige grote modelstudies immers gevolgd door klinisch en histologisch onderzoek en stelselmatige follow-up. „Vals-positieve” beoordeling van uitstrijkjes van de cervix wordt door ervaren cytologen zelden gemaakt. Wel is er een vrij grote groep van cytologische afwijkingen, waarbij „een slag om de arm” moet worden gehouden en nader onderzoek en follow-up nodig is. Herhaling van dit onderzoek — mits met tact aangekondigd — brengt voor de patiënte overigens weinig ongemak met zich.

Zoveel ervaring als nodig is voor het beoordelen van de preparaten, zoveel eenvoudig is er in de methodieken, waarmee men het cytologische materiaal verkrijgt. De meeste kans op het ontdekken van carcinoma in situ heeft men door het maken van een directe uitstrijk van de cervix met het naar de Amerikaan Ayre genoemde spateltje. Dit kan het best door een arts worden gedaan en daarom heeft men bij vele onderzoekprojecten de huisarts ingeschakeld. In sommige gevallen concentreert men het massa-onderzoek in „cancer detection clinics”; dit mag misschien technische en administratieve voordelen hebben, het persoonlijk contact met de huisarts, die in samenwerking met gynaecoloog en patholoog-anatoom de consequenties uit het onderzoek dient te trekken, dreigt dan echter verloren te gaan.

Een gewichtig punt is uiteraard de vraag, wie men zal onderzoeken: de gehele vrouwelijke bevolking of bepaalde groepen met een verhoogde kans op cervixcarcinoom? Het percentage carcinomen bij eerste onderzoek van een ongeseelde bevolkingsgroep (invasief carcinoma + carcinoma in situ) is ongeveer 0,5; bij groepen patiënten met gynaecologische klachten of symptomen is het „rendement” wat hoger, en voorts kent men een aantal epidemiologische karakteristieken zoals: lagere sociale groepen, hoog kindertal, vroeg huwelijk, waarbij een grotere kans op cervixcarcinoom bestaat. De Amerikaan Christopherson, de Schotse mevrouw McGregor en enige anderen kwamen hierover met nog weer belangrijk nieuw cijfermateriaal aandragen.

Helaas bestaat in de sociale groepen, die onderzoek op cervixcarcinoom het meest nodig hebben, de minste geneidheid zich aan preventief onderzoek te onderwerpen. Om het

bezaar van een bezoek aan de arts te ondervangen, ontwierp de Amerikaan Davis een „irrigation kit” van het „do it yourself” type, hetgeen de patiënt enige moeite bespaart, maar het cytologisch laboratorium zwaarder belast. Bij de evaluering van deze methode ten opzichte van de vertrouwde techniek van de directe uitstrijk was er geen eenstemmigheid: Davis zelf en Koch (Kopenhagen) waren optimistisch over de nieuwe methode, maar Anderson (Miami) liet een kritisch geluid horen. Het wil ondergetekenden voorkomen dat de verspreiding van de „irrigation kit” in Nederland op allerlei bezwaren zou stuiten.

Als gewoonlijk waren de Amerikanen op het congres ver in de meerderheid. De exfoliatieve cytologie is dan ook grotendeels in de Verenigde Staten ontwikkeld. Nederland loopt bij de Europese landen niet in de voorhoede; wij zijn nu eenmaal een behoedzaam volk, dat zich niet gauw door geestdrift laat overmeesteren. Maar er is nu toch wel enig georganiseerd overleg gaande tussen het Nederlands Huisartsen Genootschap en de gynaecologen en patholoog-anatomen/cytologen om de vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom in de sfeer van de algemene gezondheidszorg te brengen.

De organisatie van het congres was bevredigend, hoewel er sommige hinderlijke lacunes waren bij de communicatie tussen leden van de paneldiscussiegroepen en de technische verzorgers van de projectie-apparatuur. In de grote zalen was er simultaan vertaling in Engels, Frans, Duits en Spaans. Er waren weinig Russen en Chinezen op het congres, hoewel bekend is dat zij op het gebied van de massale opsporing van cervixcarcinoom op zekere prestaties kunnen bogen.

Voor uitvoering van het sociale programma van congressen blijft Parijs immer een dankbare stad. Een banket op de zaterdagavond in het paleis te Versailles ging de beurs van gewone artsen te boven. Naar verluidt heeft de champagne er rijkelijk gevloeid.

F. de Waard  
J. J. Rombach

## Uit het N.H.I.

### ONTWIKKELDE ACTIVITEITEN

Gedurende de laatste maanden zijn in het Instituut activiteiten ontwikkeld, welke voor de lezer wellicht van belang zijn. Behalve de tweede oriëntatiecursus, welke vooral voor pas beginnende huisartsen is bedoeld en die 24 september a.s. begint, is ook een vormingscursus ontworpen, die speciaal bestemd is voor degenen, die reeds enkele jaren huisarts zijn.

In deze cursus zal worden getracht een aantal tekorten op te vullen, welke de deelnemers in hun dagelijkse werk ervaren. Via de N.H.G.-centra is aan twaalf huisartsen, die niet langer dan drie jaar als zodanig praktiseren, gevraagd aan deze cursus deel te nemen. In de eerste bijeenkomst werd de kandidaat-deelnemer gevraagd welke tekorten hij bij de uitoefening van zijn werk ondervindt. Naderhand werden de aldus verkregen gegevens systematisch gerangschikt, waarna een ontwerp-programma werd opgesteld, dat in de tweede bijeenkomst aan de deelnemers werd voorgelegd en besproken. Dit programma heeft nu een definitieve vorm gekregen en zal in de periode oktober 1965 tot juni 1966 worden uitgevoerd tijdens drie weekends en eenmaal per veertien dagen op een namiddag en avond. Met deze werkwijze hopen wij een goede groepsband te scheppen en een programma te bieden dat de deelnemers op het lijf is geschreven! Zowel voor de deelnemers als voor de leiding is deze werkwijze een experiment. Slaagt het experiment, dan kan het mogelijkheden voor de toekomst bieden, omdat bij deze methode goede overdracht en actieve deelneming meer zijn gewaarborgd dan bij de „klassieke” opbouw van een cursus.

Over de tweede oriëntatiecursus voor huisartsen valt nog te vermelden dat het programma in vergelijking met de eerste cursus niet onaanzienlijk is veranderd. Hoewel het onderdeel van de cursisten over het algemeen zeer gunstig was,