

Het lezen waard

Terwijl het lezen van medisch wetenschappelijke lectuur het objectieve oordeel over de toestand van de patiënt kan verbeteren, kan de arts door het lezen van belletristie soms leren wat het ziek-zijn subjectief voor de patiënt betekent. Vooral voor artsen is daarom het lezen waard „De klokken van Bicêtre” van Georges Simenon (A. W. Bruna en Zoon, Utrecht, 1963, 321 bladzijden, prijs f 2,95), waarin de gevoelens en belevenissen worden beschreven van een man, die wegens een apoplexie in een ziekenhuis wordt opgenomen. Simenon heeft dit boek opgedragen „Aan allen — professoren, artsen, verpleegsters en verplegers — die trachten het meest verbijsterende van alle wezens, de zieke mens, te begrijpen en te helpen”.

Boekbespreking

G. J. Bremer. *Het verwijzen in de huisartspraktijk. Koninklijke Van Gorcum & Comp n.v. Assen, 1964. 250 bladzijden, prijs: ingenaaid f 15,—, gebonden f 18,50.*

Als we bedenken dat de huisartsen in Nederland in 1962 35,1 verwijskaarten uitschreven per honderd ziekenfondsverzekerden, was het vóór het verschijnen van dit boek alleen maar in hoge mate verwonderlijk, dat deze „alledaagse” handeling van de huisarts nog nimmer onderwerp van een diepgaande studie was geweest. Temeer, omdat het jaarlijks stijgende verwijspercentage behalve een medische ook een economische betekenis heeft. Bremer heeft met zijn dissertatie aan deze periode een einde gemaakt door met grote kritische zin het verwijzen in zijn praktijk gedurende het jaar 1962 aan een onderzoek te onderwerpen.

Het verwijspercentage bleek al spoedig geen eenvormig begrip te zijn, waardoor de gegevens van verschillende auteurs en ziekenfondsen moeilijk vergelijkbaar waren. Dat de brief van de huisarts bij de verwijzing in nog geen 10 procent aanwezig was (Festen), is een beschamende ontdekking. Het is van grote waarde dat we in dit geschrift nog eens gewezen worden op het belang van deze brief: het bewijs van de zorg van de huisarts voor de verwijzing; een paspoort tot de specialist en het tastbare bewijs van medewerking van de huisarts.

Het verwijzen van de probleempatiënt en het verwijzen in het maatschappelijk werk vormen twee hoofdstukken, die veel behartenswaardigs bevatten. De regels, waaraan de huisarts zich bij elke verwijzing dient te houden, worden scherp geformuleerd (bladzijde 98). De diverse specialismen en hun bijzonderheden met betrekking tot het verwijzen door de huisarts worden afzonderlijk besproken.

Tot slot de vermelding van het eigenlijke onderzoek en de analyse van 506 eerste verwijzingen, waarbij het mogelijk is gebleken het verwijzen objectief te kunnen beoordelen, alsmede het effect dat het voor de patiënten opleverde.

De voetangels en klemmen bij het ausculteren en percuteren worden iedere jonge arts geleerd; die van het verwijzen niet! Daarom kan ik van harte instemmen met de woorden van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap in zijn woord vooraf: „Eigenlijk zou iedere huisarts van dit boek kennis moeten nemen, zowel degene die reeds praktiseert als degene die zich op een vestiging wil voorbereiden. Niemand zal er spijt van hebben.” K. Gill.

D. J. de Jong. *De gespreksmethode in de huisartsenpraktijk ten dienste van de diagnostiek en therapie bij psychosomatische aandoeningen. Proefschrift Nijmegen. H. van der Marck en Zonen, Roermond 1964.*

In dit omvangrijke proefschrift demonstreert collega De Jong, huisarts te Melick, aan de hand van ongeveer 30 ziektegeschiedenissen de betekenis van de gespreksmethode in de algemene praktijk, enerzijds voor zover deze in dienst staat van het opsporen van de psychosomatische verbanden in het ziek-zijn en anderzijds voor zover zij één der behandelingsmethoden is bij psychosomatische aandoeningen.

De schrijver wijst reeds in het eerste hoofdstuk met nadruk op het emotionele aspect in de psychosomatiek. De menselijke emotie heeft naast een intentioneel, een autonoom-lichamelijk en een belevingsaspect, tevens een waarde-aspect. Misvormde emotie kan zich niet op normale wijze via en door het lichaam uitdrukken, maar slechts via afwijkende autonoom-lichamelijke activiteiten en de daarbij behorende fysicochemische processen. Daarop volgt een uitvoerige beschouwing over de psychosomatiek van de emotionele gevoelens in het licht van de functionele anatomie van het zenuwstelsel. Met name de anatomie, de fysiologie en de pathologie van het rhinencephalon vormen een interessant, maar niet zo gemakkelijk te lezen onderdeel van dit proefschrift. Vervolgens wordt de psychosomatiek belicht vanuit de psychofysiologie, de psychologie en de antropologie.

Zo wordt de wetenschappelijke benadering van het vraagstuk der psychosomatiek bestudering van de fysicochemische en endocriene processen; de zuiver somatische processen; de biologisch-psychische processen, en de antropologisch-spirituele processen met inbegrip van de sociale factoren en de bundeling van deze vier tot één integraal geheel.

De mogelijkheden van de gespreksmethode als vorm van psychotherapie door de huisarts worden besproken en de toegepaste gespreksmethode wordt toegelicht aan de hand van 25 ziektegeschiedenissen, welke gezamenlijk een boeiend hoofdstuk uit de praktijkvoering van de huisarts vormen. Tot slot volgt min of meer losstaand van de vorige hoofdstukken een psychosomatische benadering van enkele neurologische aandoeningen op basis van uitkomsten verkregen met de gespreksmethode.

Afgaande op de titel van het proefschrift zou men een meer gedetailleerde uiteenzetting verwachten van de toegepaste gespreksmethode in casu de biografische anamnese. Ook de voor de huisarts specifieke problemen bij het hanteren van de gespreksmethode ten dienste van diagnostiek en therapie worden niet nader besproken. Dit doet echter niets af aan het feit, dat dit proefschrift een gedegen en met name voor huisartsen waardevolle bijdrage is tot de leer der psychosomatische interrelaties. Juist in deze tijd, nu de belangstelling opnieuw is gericht op de algemene praktijk, vormt deze dissertatie een bemoedigende en stimulerende prestatie, welke de aandacht verdient van iedere huisarts. Dr W. Brouwer.

Ingezonden

ASPECTEN HOMOSEKSUALITEIT

Gaarne zou ik als bijdrage tot de op gang zijnde discussie over de vraagstukken rondom homoseksualiteit enkele kanttekeningen maken bij het voorlichtende artikel van collega Dr C. van Emde Boas — (1965) huisarts en wetenschap 8, 28.

1 Het mogelijke onderscheid tussen de perifeer homoseksueel agerende man en de kernhomoseksueel werd mijns inziens door schrijver te weinig uitgewerkt. De vraag is immers op grond van welke criteria ook de huisarts nog voor de behandeling tot deze verschillende diagnoses kan komen. En wanneer naar de mening van de auteur dat onderscheid moeilijk te maken is, zou daaruit dan niet de conclusie moeten worden getrokken dat ieder die zich vanwege een homoseksuele problematiek bij zijn huisarts vervoegt naar een zenuwarts moet worden verwezen?

2 Onder homoseksuelen, van wie er velen lange tijd tevergeefs moeite doen een vaste vriend te vinden (reeds de kleine keuze-mogelijkheid is daarmede debet aan), zijn seksuele avontuurtjes een bekend verschijnsel. Het kenmerkende van het avontuur is het één- of enkelmalige, de aard van het contact (onder andere in de vormen die schrijver de nabootsing van de heteroseksuele coïtus noemt) die door de behoefte van de beide partners en door de omstandigheden op dat moment wordt bepaald, terwijl dan een diepere emotionele relatie niet gewenst of mogelijk is (bijvoorbeeld door een te groot verschil in sociale status, persoonlijkheidstype enzovoort). Volgens de beschrijving van Dr van Emde Boas ziet hij deze

contactvormen als kenmerkend voor de pseudohomoseksuelen. Uit ervaring weten wij dat dit niet zo is: de vluchtige, weinig persoonlijke contacten komen juist ook bij de echte homoseksuelen veel voor, zij het dat zij dit veelal zelf betreuren. Zou schrijver gelijk hebben, dan zijn alle homoseksuelen met promiscue contacten pseudohomoseksuelen, maar dan heeft het onderscheid weinig zin. Dat er wel degelijk onderscheid bestaat, bewijst de levensloop van de bedoelde patiënten.

3 Volgens de schrijver is bij alle mannelijke kernhomoseksuelen niet alleen het genitale contact met de vrouw gestoord, maar ook de totale (homoseksuele) partnerrelatie. Deze uitspraak geeft mij reden tot twee opmerkingen.

a Wanneer men over kernhomoseksuelen in het algemeen denkt en dus niet alleen over patiënten, is het even onmogelijk te spreken van gestoorde genitale contacten met de vrouw als het een onmogelijke bewering zou zijn om te stellen dat mannelijke heteroseksuelen gestoord zijn in hun genitale contact met de man. Nu immers wordt ineens duidelijk hoe vérgaand sociaal-culturele invloeden bepalend zijn voor wat men hier een stoornis pleegt te noemen.

b Het is zeer de vraag of de partnerrelatie van een kernhomoseksueel altijd gestoord moet zijn. Wie een homoseksueel vriendenpaar goed en langdurig heeft leren kennen (zowel onder jongeren als ouderen) zal hierbij een vraagteken gaan zetten en het vermoeden krijgen dat ook andere dan psychodynamische factoren de feitelijk vaak voorkomende kortduurende vriendschappen bepalen.

4 De aan de behandeling gewijde alinea's (pagina 31) hebben ook enige vragen doen opkomen:

a Schrijver merkt op dat diegenen voor wie de homoseksuele neigingen om religieuze of ethische motieven onaanvaardbaar zijn, door de psychotherapeutische behandeling vaak de weg naar de homoseksualiteit wordt geopend. Wanneer ik er nu van uitga dat schrijver hier doelt op kernhomoseksuelen, komt de vraag bij welke patiënten uit deze groep dan de moeilijke en langdurige behandelingen geïndiceerd zijn en op welke wijze bij de overige patiënten het eenzaamheidsprobleem is op te heffen?

b Wordt met „niet uitzichtloos” bedoeld dat er een aan alle moeite, doorzettingsvermogen en geduld enigszins evenredige kans bestaat dat de patiënt tot het beleven van heteroseksuele relaties gaat komen of dat de bestaande klachten verdwijnen? In het eerste geval weten we zo langzamerhand wel beter en wordt het daarom een dwingende eis om bij iedere patiënt voor en niet na de behandeling tot de diagnose kern c.q. perifere homoseksualiteit te komen.

c Op de door schrijver besproken aspecten doordenkend komt men tenslotte voor de vraag te staan waarom wij steeds het bereiken van de heteroseksualiteit als doel stellen. Met andere woorden waarom kunnen wij het (kern)-homoseksueel zijn in de voorkomende gevallen niet accepteren? Lopen wij hier niet ongemerkt te strak in de pas van de sociale configuratie?

Rotterdam, 27 januari 1965.

W. J. Sengers, zenuwarts.

Naschrift:

Ik ben collega Sengers dankbaar voor zijn opmerkingen, die mij noodzaken enkele punten uit mijn artikel nader toe te lichten. Wel wil ik erop wijzen, dat de woorden „enkele aspecten” in de titel van mijn stuk nadrukkelijk waren bedoeld om bij voorbaat te doen uitkomen dat allerminst naar volledigheid was en kon worden gestreefd. Bij de beantwoording van de vragen van collega Sengers zal ik zijn puntsgewijze indeling volgen.

1 Mijns inziens is de differentiële diagnose tussen een perifeer homoseksueel agerende man en de kern-homoseksueel voor een huisarts, die tijdens zijn opleiding voldoende seksuologisch geschoold is, allerminst onmogelijk. Vasthoudend aan het door mij gestelde criterium, dat de kern-homoseksueel gekenmerkt is door de permanente, dwangmatige versperring van de heteroseksuele bedding, terwijl de perifeer homoseksueel agerende man in de kern heteroseksueel is gebleven, kan een geduldige, nauwkeurige anamnese hier gewoonlijk uitkomst bieden. De gerichtheid van de libido is zelfs bij in-

trospectief weinig begaafde individuen meestal wel voldoende bewust om met enige hulp te kunnen worden geverbaliseerd. Daarbij kan de arts bijvoorbeeld vragen naar de spontane erotische reacties op de in het dagelijks leven voorkomende stimulerende situaties, naar fantasieën bij de zelfbevrediging, erotische dagdromen, pollutiedromen, enzovoort. Natuurlijk blijven er twijfelgevallen over, zoals de in mijn artikel niet behandelde personen, die vaak als bi-seksueel worden getypeerd, omdat zij simultaan of succesief emotionele en daadwerkelijke seksuele relaties met partners van beide geslachten hebben. Hier is het vaak moeilijk uit te maken of we te doen hebben met kern-homoseksuelen met resten van een heteroseksuele outlet (dikwijls door navraag als „perifeer heteroseksueel” te ontmaskeren, de potentie bij een vrouwelijke partner blijkt bijvoorbeeld te worden ondersteund door homoseksuele fantasieën, de orgasmische potentie is bij de vrouw gestoord) ofwel met heteroseksuelen, die de perifeer homoseksuele activiteiten als het ware cultiveren, omdat ze zoveel moeitelozer tot stand kunnen komen. Ik geef gaarne toe dat de differentiële diagnose soms moeilijk is en wijs in dit verband op het voorbeeld in mijn eigen artikel. Ik geloof dan ook zeker dat in zulke gevallen beter de hulp van de zenuwarts-seksuoloog kan worden ingeroepen. Het is misschien nuttig er op te wijzen dat een uitvoerig medisch-psychologisch onderzoek, gericht op het opsporen van de in mijn artikel genoemde psychische mechanismen, hierbij een uiterst nuttig hulpmiddel kan zijn.

2 Deze opmerking berust mijns inziens op een misverstand. Ik heb nergens beweerd dat de vluchtige contacten kenmerkend zijn voor de perifere homoseksuelen. Integendeel, ik heb op pagina 30, tweede kolom derde alinea gesteld, dat het de penis-fetechistische kern-homoseksueel is bij wie het „volmaakt onpersoonlijke contact het meest opvallende symptoom wordt. Het manlijk genitaal als zodanig, niet de drager ervan, wordt dwangmatig gezocht”. Van de perifeer homoseksueel agerende man in noodsituaties heb ik alleen gezegd, dat hij met het surrogaatobject van het eigen geslacht slechts zelden in een diepere emotionele relatie treedt.

3 Is mij niet duidelijk. Aangezien ik ben uitgegaan van de ambi-seksualiteit als oorspronkelijke toestand van ieder mens kan ik niet anders dan stellen, dat de kern-homoseksueel gekenmerkt is door zijn dwangmatige innerlijke onmogelijkheid om met een vrouw genitaal contact te hebben. Het feit, dat de huidige Westeuropese man „dwangmatig heteroseksueel” (Ferenczi) ingesteld is en in deze zin eveneens gestoord, dat het hem, in tegenstelling met de mannelijke leden van andere culturen, aversie inboezemt om genitaal contact met een man te hebben, is ook mijns inziens sociogenetisch bepaald, zoals ik herhaaldelijk onder meer in mijn dissertatie (1951) heb uiteengezet. Maar het punt waar het hier om gaat is, dat bij vele kern-homoseksuelen ook duidelijke stoornissen in de partnerrelatie zijn aan te tonen, die tot uitdrukking komen in het vaak onbevredigend verloop van hun verhoudingen. Natuurlijk ken ook ik homoseksuele vriendenparen wier verhouding in de loop van de jaren buitengewoon stabiel is gebleken. Maar in tegenstelling tot diegenen, die geneigd zijn de instabiliteit van het merendeel der homoseksuele verhoudingen uitsluitend te wijten aan milieu-invloeden, ben ik van mening dat aan de psychodynamische structuur van de kernhomoseksuele persoonlijkheid een niet minder belangrijke rol dient te worden toegekend. Dit betekent allerminst dat ik de ongunstige invloed betwijfel, die uitgaat van het feit, dat de homoseksuelen ook in ons land nog behoren tot een verachte en in zekere zin nog steeds vervolgd minoriteit.

4 Tenslotte de vraag betreffende de therapie. Laat ik beginnen met de slotopmerking, 4e van collega Sengers te beantwoorden omdat deze direct aansluit op zijn punt 4a. Ook ik geloof, dat de omstandigheid dat iemand homoseksueel is (in de zin van kern-homoseksueel) op zichzelf geen enkele reden vormt hem in behandeling te nemen met de bedoeling hem à tout prix te transformeren in een heteroseksueel. Mijn opmerking, dat de psychotherapie bij personen, die om religieuze of ethische motieven hun homoseksuele instelling niet willen aanvaarden, eerder de weg opent naar de homoseksuali-

teit dan naar de heteroseksualiteit, geeft mijns inziens van deze instelling al voldoende blijk. Maar wel schijnt het mij toe, dat de psychotherapeut het recht en de plicht heeft om te trachten die kern-homoseksuelen te helpen de weg naar de heteroseksualiteit te vinden, voor wie de homoseksuele neigingen onaanvaardbaar zijn, omdat zij in de letterlijke zin van het woord smachten naar een normaal gezinsleven met vrouw en kinderen. Afgezien daarvan is het leven van de kern-homoseksueel, met name dat van de oudere, vereenzaamde man in onze maatschappij, nog altijd tragisch genoeg om elke poging te rechtvaardigen hem voor dit lot te behoeden. Maar natuurlijk mag deze poging uitsluitend worden ondernomen op uitdrukkelijk verlangen van de betrokkene zelf. Het probleem van de duizenden eenzame kern-homoseksuelen, die meer willen dan incidentele toevalscontacten of kortdurende vriendschappen, is bijzonder moeilijk. Sinds vele jaren onderhoud ik nauwe relaties met het C.O.C., de organisatie van homofielen in Nederland, voor wie het streven naar doorbreking van het isolement van de homoseksuele mens een van de hoofddoelstellingen van de activiteiten vormt. Juist in mijn contacten met deze organisatie heb ik het probleem van de gestoorde partnerrelatie steeds scherper leren zien: het is in het homoseksuele milieu een van de meest gehoorde klachten. Maar vooral op dit punt zal nog veel psychodynamisch en sociologisch onderzoek moeten worden verricht alvorens adequate sociale en psychohygiënische hulp kan worden verleend.

4b Inderdaad bedoel ik met „niet uitzichtloos” dat voor sommige kern-homoseksuelen de mogelijkheid kan worden geopend tot een volwaardig heteroseksueel bestaan. In dit verband herinner ik mij een instructief geval: een kern-homoseksuele leraar kwam op zijn 35ste jaar in behandeling omdat hij in de klas geen orde houden kon. Aan het einde van het eerste onderhoud deelde hij mij terloops nog even mede, dat hij vanaf zijn 15e jaar homoseksuele relaties onderhield en hij voegde daaraan toe: „maar daarvan blijft u hopelijk in de behandeling af”. Na drie jaar analyse was deze ongetwijfeld kern-homoseksuele man desondanks zo ver gekomen, dat toen zijn angst was dat hij niet meer voor zijn 40ste jaar getrouwd zou kunnen zijn en te zijner tijd te oud om nog met zijn zoons te kunnen voetballen!

Het absolute pessimisme over de uitkomst van de behandeling van de kern-homoseksuelen kan ik dan ook niet delen, zomin trouwens als het misplaatste optimisme van auteurs als Arndt en Bergler.

Ik ben mij volkomen bewust met deze antwoorden op de vragen en opmerkingen van collega Sengers, het probleem van de diagnostiek, de therapie en vooral de sociale aanpak van de kern-homoseksualiteit allerminst te hebben uitgeput. Ik hoop daarom dat onze gedachtenwisseling ertoe zal bijdragen een discussie op gang te brengen in de Nederlandse artsenwereld, die evenzeer voor ons, als voor de subjectief betrokkenen noodzakelijk is.

C. van Emde Boas.

MONONUCLEOSIS INFECTIOSA

Het artikel van collega Fuldauer over mononucleosis infectiosa heb ik met veel belangstelling gelezen, misschien wel omdat het mij bij herhaling prikkelde tot opmerkingen, die af en toe aanmerkingen werden.

Waarom Fuldauer genoegen neemt met een titer 1 : 16 om de mononucleose bewezen te achten, is mij een raadsel. Hij citeert wel het recente en na uitvoerige proeven geschreven artikel van Tomesik, die een minimum Paul Bunnell (na absorbtie aan cavianiercellen) eist van 1 : 90. Ik ben met een uitslag van 1 : 16 niet gelukkig.

Natuurlijk kunnen wij vanuit verschillende gezichtshoeken het ziektebeeld bekijken nu wij de verwekker niet kennen. Wij kunnen een aantal verschijnselen verplicht stellen: korts, klierzwellig bloedbeeld, Paul Bunnell (verder ook maar H.A.R. genoemd) en dan een bepaald percentage positieve serumreacties noteren. Maar ik heb al lang een privé-opvatting dat de diagnose staat of valt met deze positieve H.A.R. (steeds na absorbtie aan cavianiercellen). Misschien niet wetenschappelijk en niets om hardop te zeggen, maar een werkhypothese, die mij bevalt. Wij zitten dan midden in het probleem van de „bizarre symptomatologie”.

In oktober 1959 komt een jongeman op het spreekuur met een jeukend urticarieel uitslag. Hij was niet ziek en bleef een beetje aan de periferie van mijn belangstelling; ik maakte hem gelukkig met een antihistaminicum. 's Avonds kwam hij terug, gestuurd door de ouders die bang waren dat hij roodvonk had. Hij had een beetje keelpijn (maar dat was hem misschien aangepaard) hij had een beetje rode keel (maar wie heeft dat nu niet?) maar het exantheem was inderdaad nu gegeneraliseerd, vurig sterk geconflueerd, hier en daar zeer klein-vlekkig. Er waren geen duidelijke vergrote klieren (maar klieren verhouden zich tot de symptomatologie als stokken tot de hond: als je ze nodig hebt zijn ze altijd wel te vinden). Wij maakten een uitstrijk (een routinezaak bij exantheem ziekten) en vonden tot onze verrassing een prachtig klierkoortsbloedbeeld, Paul Bunnell 1 : 512, na cavianiercellen absorbtie 1 : 512, na absorbtieproeven met rundererythrocyten 1 : 8. Voor mij heeft de man mononucleosis.

De tirade over de virusziekten, die zich „beslist niet aandienen onder het beeld van een bizarre symptomatologie”, wat dan beschouwd wordt als een punt van overeenkomst met de mononucleosis infectiosa, is mij helemaal niet duidelijk.

Wat is nu bizar? Dat kenmerkende symptomencomplex is behalve een kwestie van afspraak ook een van gezichtshoek. De epidemie van ECHO-9 infectie van enige jaren geleden gaat de geschiedenis in als een serieuze meningitis epidemie; in de (mijn) huispraktijk was het een goedaardige exanthematische ziekte (met een enkele maal wat nekstijfheid), maar die zich vooral daardoor onderscheidde, dat het bloedbeeld helemaal normaal was in tegenstelling tot de toen juist aflopende epidemie van „bastaardmazelen”, waarvan ik het indrukwekkende bloedbeeld elders beschreef. Neen, wat dat betreft lijkt er mij geen reden om de mononucleosis buiten de groep van de (exanthematische) virusziekten te houden. Zij verlopen waarschijnlijk allemaal bij tijd en wijle zonder het exantheem; de klierkoorts doet dat wat vaker. En kan het met de besmettelijkheid niet net zo gaan? Er zijn zeer besmettelijke (mazelen), minder besmettelijke (roodvonk), en weinig besmettelijke (klierkoorts) ziekten. Een lange incubatie kan dan wel helpen het „sporadisch” karakter te accentueren.

De meeste gevallen, welke ik de laatste jaren heb gezien, hadden een angina lacunaris; de klierzwellig was niet altijd erg uitgesproken. Ik geloof dat het wenselijk is een wat agressiever therapeutisch handelen te propageren dan collega Fuldauer doet. Mij bevalt deze techniek uitstekend: elke angina lacunaris wordt behandeld met één penidural-injectie. Wanneer na drie dagen de keel (en de patiënt) niet beter of althans niet zeer verbeterd is, maak ik een bloedbeeldje. Opvallend vaak vind ik dan een verdacht bloedbeeld en dan gaat er bloed naar het laboratorium. Een simpele handelwijze met een hoge „score”. Ik zag nog geen uitzondering: een mooi bloedje werd steeds beloofd met een hoge H.A.R.-titer.

Dr L. Façee Schaeffer.

Naschrift:

Het doet mij genoegen dat mijn artikel collega Façee Schaeffer zo heeft geprikkeld tot belangstelling. Op de aanmerkingen zou ik het volgende willen antwoorden. Tomczik heeft een gemodificeerde hemagglutinatiereactie beschreven, die hij eenvoudiger en nauwkeuriger acht dan de „klassieke absorptiereactie”. Empirisch kwam hij hierbij tot de grenstiter van 1 : 96. Deze is dus niet helemaal vergelijkbaar met de gebruikelijke methode. Ik noemde deze reactie alleen om volledig te zijn. Mogelijk kan de algemene toepassing van deze reactie leiden tot een, noodzakelijke, unificatie, indien deskundigen hierin een verbetering zien.

Als ik het goed begrijp is de „privé opvatting” van collega Façee Schaeffer over de mononucleosis, dat hij de diagnose mononucleosis wil stellen indien hij een typisch bloedbeeld en een positieve H.A.R. vindt (welke titer?). De gezichtshoek is dus iets veranderd, omdat hij de ogen deels sluit voor de klinische verschijnselen. Dit blijkt ook uit zijn beschrijving van de jongeman. Het is een prachtig voorbeeld van een geval van mononucleosis met een huidruptie, zoals in 3-16 procent van de gevallen blijkt voor te komen (zie mijn artikel op pagina 16 onder: bijzonderheden).

Hoewel collega Façee Schaeffer dus stelt dat een kenmer-

kend symptomencomplex maar een zeer betrekkelijk begrip is, hanteert hij dit toch wel degelijk als het er om gaat zijn bastaard-mazelen af te grenzen van de echte mazelen. Zolang hij niet heeft gekweekt, is het nog maar de vraag of de bastaard-mazelen, zowel als de door hem aangehaalde goed-aardige exanthematische ziekte, wel door één virus zijn veroorzaakt.

Ik ben het met hem eens dat mononucleosis waarschijnlijk een weinig besmettelijke ziekte is. Het is mede hierdoor een andere ziekte dan morbus Pfeiffer of klierkoorts, zoals ze uitvoerig is beschreven door collega De Sonnaville. Morbus Pfeiffer is nogal besmettelijk en heeft een korte incubatietijd. Mogelijk is de veroorzaker van mononucleosis ook een virus en behoort de ziekte tot de door Façee Schaeffer genoemde groep van virusziekten. De kenmerkende verschijnselen maken het dan mogelijk haar van de andere te onderscheiden zonder virologisch onderzoek.

Waarom hij de raad wil geven agressiever te zijn in de therapie, blijft in het duister. Dat hem de techniek van het geven van één peniduralinjectie goed bevalt, kan toch kwalijk als een juiste motivering worden gezien. Integendeel, als hij zo opvallend vaak een verdacht bloedbeeld vindt met een hoge score, dan heeft hij onnodig vaak een patiënt met penicilline behandeld. Afgezien van de verspilling bestaat nog het gevaar van de overgevoelighedsreacties!

Een tonsillitis acuta — toch een synoniem van angina lacunaris? — begint acuut met koorts, slijkpijn en zwelling van de tonsillen, al of niet gevolgd door proppen. Bij mononucleosis is de patiënt veelal enkele dagen ziek voordat de proppen of het beslag verschijnen. Een bloedbeeld diezelfde dag kan in een aantal gevallen ons er van weerhouden onnodig penicilline te geven. A. Fuldauer.

* * *

Naar aanleiding van het artikel van collega Fuldauer te Hengelo — (1965) huisarts en wetenschap 8, 13 — aangaande mononucleosis infectiosa, zou ik enige opmerkingen willen maken. Fuldauer beweert namelijk dat ik een Paul Bunnell-titer van 1 : 16 reeds als positief zou aannemen. Wanneer hij echter alleen de samenvatting uit mijn dissertatie reeds goed had doorgenomen, zou hij daarin hebben gelezen op bladzijde 218: „Terwijl een Paul Bunnell-titer van 1 : 32 reeds een aanwijzing vormde, was een titer van 1 : 64 al een vrij grote steun, die van 1 : 128 en hoger wel een bewijs van de diagnose klierkoorts”.

In de Beuningse epidemie van de „ziekte van Pfeiffer” lijkt het aannemelijk dat een virus de oorzaak is. Besmetting van rhesus-ape met bacteriologisch steriel gemaakte keelspoelsels, bloed, liquor en kliersuspensies, afkomstig van patiënten, gaven bij de dieren meestal na vier weken koorts, mononucleosis en stijging van de Paul Bunnell-titer tot soms 1 : 4096.

De morbus Pfeiffer, die in epidemieën is beschreven, zoals in Beuningen, zou wel eens moeten worden afgegrensd van de mononucleosis infectiosa. Klijn (Academisch proefschrift 1958) vond in het leger alleen sporadische gevallen van mononucleosis infectiosa. Dr L. M. de Sonnaville.

NASCHRIFT

Collega De Sonnaville heeft gelijk. De zin „voor hem was een titer van 1 : 16 maatgevend voor de diagnose”, is als zodanig niet juist. In zijn uitvoerige onderzoek, beschreven in zijn proefschrift, wordt een aantal gevallen van klierkoorts genoemd, waarbij de titer 1 : 16 was. Hierop doelde ik met de gewraakte zin.

Hij heeft in dit proefschrift niet de mononucleosis, maar de morbus Pfeiffer beschreven. Een enkel geval van mononucleosis is hier wellicht onder geweest. De hoge titer verkregen na de besmetting van rhesusapen zou dan kunnen zijn ontstaan door de serum-antilichamen. Met cavianiersuspensie zou dan absorptie hebben moeten plaatsvinden. Anderen is het niet gelukt proefdieren te besmetten met materiaal afkomstig van mononucleosis-patiënten. In de laatste regel onderschrijft dus collega De Sonnaville het door anderen en mij gestelde. A. Fuldauer.

Berichten

UIT HET NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Op 8 januari 1965 vond de eerste bijeenkomst plaats van het dagelijks bestuur van het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) met de Wetenschappelijke Adviesraad, welke gevormd wordt door de voorzitters van de Commissie Nascholing, Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en de landelijke studiegroep Praktijkvoering. Elk dezer commissies heeft bovendien een plaatsvervangend lid aangewezen, dat als regel eveneens de vergaderingen van de raad zal bijwonen. Ook de directeur van het N.H.I. is bij de vergadering van de raad aanwezig.

Ofschoon het niet gewenst leek om thans reeds formele reglementen met betrekking tot de taak en de werkwijze van de Adviesraad op te stellen, werd besloten de organisatorische verhouding tussen de raad en het bestuur, respectievelijk dagelijks bestuur van de Nederlandse Stichting tot bevordering van de Huisartsgeneeskunde in een volgende vergadering van het Stichtingsbestuur aan de orde te stellen. Het is mogelijk, dat de Wetenschappelijke Adviesraad een belangrijke schakel zal vormen tussen de voornaamste N.H.G.-commissies en het N.H.I. en zowel gevraagd als ongevraagd het Stichtingsbestuur van advies zal kunnen dienen met betrekking tot de door het N.H.I. uit te voeren projecten.

Uitvoerig werd in deze vergadering aandacht geschonken aan het door ondergetekende opgestelde overzicht van de werkzaamheden van het N.H.I. in 1964 en bij de in dit verslag verweven „blik vooruit”. De raad sprak zijn waardering uit voor de vele projecten, welke thans reeds de volle aandacht en inspanning van het N.H.I. vergen of al gevraagd hebben. Naar alle waarschijnlijkheid zal een samenvatting van genoemd verslag in de kolommen van dit tijdschrift worden gepubliceerd, zodat thans van een vermelding der verschillende werkzaamheden wordt afgezien.

Bijzondere aandacht schonk de Adviesraad aan de kwestie van de nascholing van de huisarts. De financiële middelen van het N.H.I. laten op dit ogenblik een systematische aanpak nog niet toe. Wel zal worden getracht aan verschillende onderzoekprojecten een aantal kleinere nascholingscursussen voor de deelnemers aan het onderzoek te koppelen, maar voor een groots opgezet nascholingsproject ontbreken thans nog de nodige gelden. In de discussies kwam duidelijk de wenselijkheid naar voren van een groot onderzoek naar de nascholing van de huisarts in Nederland en van het opbouwen van een organisatie, waarin door het N.H.I., met medewerking van vele deskundigen, nascholingsplannen worden uitgewerkt, die met medewerking van de daarvoor in aanmerking komende universitaire en niet-universitaire centra kunnen worden uitgevoerd. Dr J. C. van Es, directeur N.H.I.

HERHALINGSCURSUS KINDERGENEESKUNDE

Het programma van de zeventiende herhalingscursus kindergeneeskunde te houden in de Kinderkliniek van het Binnengasthuis te Amsterdam en in de Buitenkliniek voor Kinderen „Oud-Bussum” te Huizen (N.H.) van 26 tot en met 30 april 1965, luidt als volgt:

Dr. John Apley: Abdominal Pain; Dr. P. J. Bangma: Inhalatietests bij kinderen; Prof. Dr. I. Boerema: Klinische demonstratie; Dr. J. I. de Bruijne: Intrauterine infecties; Prof. Dr. W. van Enst: Klinische demonstratie. Dr. P. Fleury: De behandeling van convulsies bij kinderen; Prof. Dr. L. B. W. Jongkees: Stridor bij kinderen; Dr. M. J. Kingma: Ongelijke beenlengte; Dr. F. Kuipers: Medische problemen bij de mishandeling van kinderen in Nederland (met discussie van de juridische zijde); G. Losekoot: De open Ductus Botalli: enkele bijzondere gevallen; Prof. Dr. J. R. Prakken: Dermatologie van de eerste drie levensmaanden; Prof. Dr. J. J. G. Prick: Aetiologie, pathogenese en kliniek van infantiel autistische syndromen; M. Schoorl: Fracturen bij zuigelingen en kinderen; Dr. R. Steendijk: Geslacht en geslachtsbepaling; Prof. Dr. W. H. H. Tegelaers: Onderzoek van de oorzaak van myxoedem op de kinderleeftijd; Prof. Dr. J. B. Visser: De behandeling van het wisselgebit; Prof. Dr. P. J. Zuidema: Anky-