

deze conclusie geen zekerheid te bezitten en mijns inziens zelfs onjuist te zijn.

*Penrose* behandelt in acht verschillende hypothesen de mogelijkheid van genetische oorzaken, „to most of which there are serious objections and for none of which there is convincing support (*Leading article*). Zijn tweede hypothese gaat uit van de recessieve erfelijke overdracht. Hiertegen brengt hijzelf reeds bedenkingen in en hij beschouwt het onderzoek van Polman als niet overtuigend gezien de isolatie van het onderzochte gebied.

In mijn artikel (1964) werden enige opvallende invloeden van het milieu vermeld, alsmede experimenten waarbij veel anencefalie werd gezien, doch vooral werd gewezen op de grote betekenis van het tweelingenonderzoek. Het gelukte mij twee gevallen op te sporen van monozygote tweelingen concordant ten aanzien van anencefalie en daartegenover zes gevallen van monozygote tweelingen discordant ten aanzien van anencefalie. Daarnaast toonden Record en Mckeown op statistische gronden met grote waarschijnlijkheid aan dat de door hen beschreven serie van 66 tweelingen, discordant ten aanzien van aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel, het normale aantal eeneiigen moet bevatten.

De theoretische verklaring van collega Aulbers, dat in een van beide vruchten een somatische mutatie zou hebben kunnen plaatsvinden na de splitsing van de zygote, lijkt mij onvoldoende aangezien een dergelijke mutatie, zo al mogelijk, uiterst zeldzaam zou zijn. Mijn conclusie dat anencefalie juist niet hoofdzakelijk door genetische factoren wordt veroorzaakt, doch dat veeleer de ontwikkelingsmogelijkheden tijdens de embryonale periode, bepaald door implantatieplaats en andere verschillen in het intra-uteriene milieu, van belang zijn, acht ik dan ook niet aan het wankelen gebracht.

Amsterdam

W. J. Honnebier

Aulbers, B. J. M. (1964) huisarts en wetenschap 7, 385.

Honnebier, W. J. (1964) Ned. T. Geneesk. 108, 1170.

Leading article (1958) Brit. med. J. I, 694.

Penrose, L. S. (1957) J. Ment. Defic. Res. I, 4.

Record, R. G. en T. Mckeown (1951) Ann. Eugen. (Lond.) 15, 285.

#### Naschrift:

Met collega Honnebier ben ik het eens, dat in vele gevallen van anencefalie en spina bifida de etiologische diagnose omtrent erfelijke of exogene oorzaak niet kan worden gesteld. Juist de opeenhoping van anencefalen in een geïsoleerd gebied, zoals Polman aantrof bij zijn onderzoek, is een sterke aanwijzing voor het erfelijke karakter van anencefalie in dat gebied. Dit sluit andere factoren bij andere gevallen van anencefalie echter niet uit.

Ik geloof, dat collega Honnebier en velen met hem, ietwat huiverig zijn om de invloed van de erfelijkheid en de celmutaties bij het ontstaan van aangeboren afwijkingen te onderkennen. Het ontstaan van een somatische mutatie bij de anencefale partner van de tweeling, die door Honnebier is beschreven, is gezien de moderne opvattingen over de erfelijkheid niet zo theoretisch als zij wel lijkt. Immers, door een stoornis bij een celdeling kort na de bevruchting, bijvoorbeeld het verloren raken van delen van een of meer chromosomen of een fout in de deling, kan deze stoornis zich verder voortzetten in dochtercellen en dit kan leiden tot een zeer gebrekkige ontwikkeling van organen, in casu de hersenen. Dit is dan geen erfelijke mutatie, want zij gaat niet over op het nageslacht, maar zij speelt zich af binnen eenzelfde individu. Het ontstaan van somatische mutaties is zeker niet zeldzaam. Men denke bijvoorbeeld eens aan het ontstaan van bepaalde vormen van leukemie, die toegeschreven worden aan ongeremde groei van gemuteerde cellen.

De door mij geopperde hypothese is een mogelijke verklaring, zeker geen bewijs voor het ontstaan van de door Honnebier beschreven duidelijke discordantie van de eeneiige tweeling. Ook dit past in het kader van de „ontwikkelingsmogelijkheden tijdens de embryonale periode”, die Honnebier wel noemt, maar niet nader omschrijft.

B. J. M. Aulbers

## Berichten

### INFECTIEZIEKTEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK

Zeven sprekers over diverse aspecten van „Infectieziekten in de algemene praktijk” hebben zaterdag 7 november 1964 in het gastvrije Dijkzigtziekenhuis ongeveer 250 toehoorders uit alle delen van het land geboid. De collegae Van Westreenen en Hofmans van de commissie voor de artsencursus Rotterdam hebben ons een bijzonder leerzame dag bereid, waarvoor alle lof. Het is onmogelijk binnen dit kader een uitvoerig verslag te geven, zodat uw verslaggever zich zal beperken tot het noemen van enkele punten uit elke voordracht.

Na de inleiding van collega Esseveld behandelde Prof. Bruins Slot op heldere en enthousiaste wijze de bacteriële luchtweginfecties. Spreker benadrukte met klem het belang van een goede behandeling van acute bacteriële bronchitis, daar deze bij verwaarlozing in een chronisch stadium kan overgaan waarbij dan een spastische component komt (bij gepre-disponeerden?) met alle ellende voor de toekomst (zogenaamde intrinsic astma). Complicaties in de vorm van pneumoniën bij virale infecties komen altijd van de kant van kokken, nooit van haemophilus influenzae en zelden van streptokokken. Spreker herinnerde aan de echte influenzaviruspneumonie die tijdens de epidemie van 1957 in het Zuiderziekenhuis driemaal werd gezien; alle patiënten overleden en allen hadden een mitraal- en/of aorta-vitium. Bij de behandeling van de bacteriële luchtweginfecties is het gebruik van drankjes — met uitzondering van JK — problematisch. Zuurstof moet intermitterend worden gegeven en men kiese met zorg de antibiotica. Penicilline al of niet met streptomycine is ons belangrijkste wapen. Belangrijk zijn de moderne penicillinase-ongevelige penicilline-derivaten Celbenin (methicilline) en Orbenin (cloxacilline) bij penicilline resistente stammen. Spreker heeft het chloramfenicol in de ban gedaan in verband met het optreden van irreversibele aplastische anemieën, die nog een jaar na het gebruik — ook al was dit kort — kunnen optreden. De profylaxe is vooral gericht op het voorkómen van infecties bij chronische bronchitis, voornamelijk door pneumokokken.

Veel minder mogelijkheden biedt op dit moment de therapie bij virusinfecties, waarover collega Dekking vertelde. Uit besmettelijke celstudies weet men wel waar men de therapie wil laten aangrijpen (bij de deling of de assemblage), maar de therapie wordt bemoeilijkt doordat de virussen obligate intracellulaire parasieten zijn, die zich buiten de gastheercellen niet vermeerderen. Zo werkt het IDU (5-iodo-2'-desoxy-uridine) lokaal (in 30 procent van de gevallen reageert keratitis dendritica gunstig). Marboran verhindert de assemblage van het virus en is met succes toegepast voor de profylaxe van variola, mits in de incubatietijd gegeven. Met het interferon, waarvan men zou verwachten dat het een universeel antivirustherapeuticum zou zijn, heeft men door technische moeilijkheden onvoldoende ervaring. Samenvattend kan men dus lokaal wat doen bij herpes of als men een viremisch stadium heeft zoals bij pokken en mazelen.

Waar Prof. Bruins Slot het chloramfenicol in de ban heeft gedaan, kon collega Huisman het middel bij de therapie van de salmonellosen nog niet missen. Bij zijn bespreking van de epidemiologie van de darm-infecties wees hij er onder meer op, dat bij de virusenteritiden de kweken meestal negatief uitvallen. De buiktyfus-morbiditeit is evenals die van de shigellosen (behalve sonne) laag dank zij betere controle op voedingsmiddelen en dragers. Bij salmonella typhi en paratyphi B wordt de epidemiologie vrijwel uitsluitend door de kiemuitscheiders bepaald, die al dan niet bekend zijn en die mogelijk met de moderne half synthetische penicillinepreparaten (bijvoorbeeld ampicilline) zijn te bestrijden. Hét probleem vormen de andere salmonellosen, welke overal stijging vertonen (in 1963: 5438 in Rotterdam aangegeven gevallen). Besmetting gaat via kalveren en varkens welke op hun beurt besmet worden door het uit de tropen geïmporteerde voedsel. Klinisch zijn de dieren gezond. Van de boerderijen is 25 procent besmet. Het enige wat valt te doen is een rigoureuze toezicht op abattoir en slagers. De laatste handeling bij de infectie wordt

verricht door de huisvrouw bij onvoldoende verhitting (cave tartaar, gehakt en de hapjes buitenshuis).

Apotheker Lenstra en Dr Schönfeld belichtten vervolgens de waarde van de van 6-aminopenicillaanzuur afgeleide nieuwe antibiotica, die belangrijk zijn doordat verschillende hiervan penicillinase resistent bleken, waarvan ampicilline een der veelbelovende is en eigenlijk al vergelijkbaar met een breed spectrum antibioticum.

Collega Manschot hield mede namens collega Daamen een voordracht over toxoplasmose. Wanneer men bedenkt dat 40 tot 50 procent van de wereldbevolking positief reageert, realiseert men zich hoe wijdverbreid deze infectie is. Men dient zich echter te hoeden voor het toekennen van een al te grote diagnostische betekenis aan een positieve reactie bij het behandelen van patiënten.

Men onderscheidt de geacquireerde en de connatale vorm van toxoplasmose. Meestal is de eerste symptoomloos, maar cave als er een graviditeit bestaat. Daarnaast kent men de lymfoglandulaire benigne vorm, die bijzonder veel op de ziekte van Pfeiffer kan lijken. Het aanwezig zijn van angina kan de huisarts doen besluiten de reactie van Paul en Bunnell te laten verrichten. Bij ontbreken van een angina kan bloed worden ingestuurd voor toxoplasma-serologie. Een derde vorm van toxoplasmose is de acute, soms letale, infectie.

De schematische plaatjes over de klinische verschijnselen van exanthematische ziekten, die collega Minkenhof liet zien waren dermate instructief, dat men zich kon afvragen hoe men ooit aan de diagnose kon twijfelen. Tijdens epidemieën zal dit ook niet, maar in sporadische gevallen kan het zo moeilijk zijn — bijvoorbeeld in geval van al dan niet rubella in de graviditeit — dat spreker erkende blij te zijn niet in de algemene praktijk te werken. Zonder iets af te willen doen van de waarde van deze heldere voordracht had referent na de schematische plaatjes toch nog graag een paar kleurendia's van „echte” patiënten willen zien.

Collega Pel sprak hierna over de epidemiologie van de exanthematische ziekten. Opvallend waren de periodiciteit van mazelen en de vrij constante duur van een epidemie. Minder uitgesproken geldt dit voor rubeola. Interessant en overtuigend waren de waarnemingen over de dubbel-infectie van mazelen en rubeola in twee gezinnen, waaruit bleek dat voor de differentiatie vooral belangrijk zijn, de incubatietijd, het voorkomen van meer gevallen in de omgeving en de leeftijd (volwassen pleit voor rubeola en bij kinderen de lagere schoolleeftijd). De voordracht van collega Bekker over de immunisaties tegen infectieziekten leverde nog een levendige discussie op over de volgorde van het ent-programma, zoals dit in Nederland wordt aanbevolen. Tevens vormde dit het besluit van deze leerzame middag.

Bij het heengaan resulteerde bij ieder van ons veel dank aan de sprekers en — zoals collega Dekking hoopte — een aantal „more or less sadder but wiser men”.

E. van der Does

## VERSLAG CURSUS CARDIOLOGIE

Op 10, 11 en 12 december 1964 werd in Amsterdam de eerste cursus cardiologie gegeven welke in het kader van de universitaire nascholing door de Kliniek voor Cardiologie en Klinische Fysiologie van de universiteit van Amsterdam in samenwerking met de Commissie Nascholing van het N.H.G. werd georganiseerd.

Deze cursus, welke in het Wilhelmina Gasthuis maandelijks zal worden herhaald, werd enige maanden geleden aangekondigd als een streven veel voorkomende problemen uit de dagelijkse praktijk de revue te laten passeren en speciaal aandacht te wijden aan diagnostische en therapeutische methoden, die voor huisartsen zelf uitvoerbaar zijn.

De belangrijkste conclusie ten aanzien van deze cursus is ongetwijfeld, dat Prof. Durrer en zijn medewerkers in dit opzicht volkomen zijn geslaagd. Bovendien zijn de deelnemers tijdens deze cursus gesterkt in hun overtuiging dat de huisartsen ten behoeve van hun hartpatiënten veel en belangrijk werk kunnen doen.

Ter illustratie enkele punten: Het belang van een goede stethoscoop kon iedere deelnemer ervaren door het onderzoeken van een patiënt zowel met zijn eigen stethoscoop als

met een stethoscoop, zoals in de cardiologische kliniek wordt gebruikt, en wij hebben het ervaren. Iedere deelnemer heeft zich ervan kunnen overtuigen dat door een goede auscultatietechniek zijn fysisch-diagnostische mogelijkheden in belangrijke mate worden vergroot.

De grondige bespreking van angina pectoris en hartinfarct was zonder meer geconcentreerd op de in dit opzicht bestaande mogelijkheden en beperkingen voor de huisarts. Tijdens het bezoek aan het Klinisch Fysiologisch Laboratorium viel op, hoe intensief thans het experiment wordt gestimuleerd door vragen uit de kliniek. Het patiëntenonderzoek was een constructieve en niet al te traumatiserende herhaling van het semi-artsexamen.

De behandeling van asthma cardiale en longoedeem, de techniek van het digitaliseren en het toepassen van diuretica werden uitvoerig behandeld, waarbij eigenlijk geen enkel voor de huisarts belangrijk aspect onbesproken bleef. Per televisie volgden wij de gang van zaken bij een angiocardiografie terwijl tegelijkertijd op een tweede televisiescherm het thoraxdoorlichtingsbeeld werd geprojecteerd. Gelegenheid tot discussie was er steeds en het aantal vragen was bijzonder groot; bij geen enkele cursus heb ik zo veel notities zien maken als tijdens deze drie dagen!

Het moge duidelijk zijn, dat de deelnemers 's-zaterdags tevreden en dankbaar huiswaarts keerden; tevreden als gevolg van opgedane en gecorrigeerde kennis, dankbaar omdat een hoogleraar en verscheidene medewerkers zich drie dagen lang ter beschikking stelden voor nascholing van een twintigtal huisartsen en bovendien bereid blijken dit maandelijks te herhalen.

Het succes van deze cursus reikt ver buiten de grenzen van het hart. Als wij eens aan elke universiteit een dergelijke nascholingsactiviteit hadden! Wat een enorme stap zou dat zijn op het pad van de nascholing; want dit is ons tijdens deze cursus cardiologie duidelijk geworden: nascholing voor de huisarts is, zoals Huygen het in zijn slotwoord uitdrukte, een bittere noodzaak.

Dr. W. Brouwer

## ORIËNTATIECURSUS HUISARTSEN

In het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht zal op 19 februari 1965 worden begonnen met een oriëntatiecursus voor huisartsen. Met deze cursus, die vooral is bedoeld voor sinds kort gevestigde huisartsen en pas afgestudeerden, respectievelijk semi-artsen, die huisarts willen worden, wordt beoogd het bespreken van onderwerpen die bij de praktijkvoering van de huisarts van elementair belang zijn en (nog) geen plaats hebben gevonden in de universitaire medische opleiding.

De cursus vindt plaats gedurende acht achtereenvolgende vrijdagen van 15.30 tot 21.00 uur. Kosten f 75,— (broodmaaltijd inbegrepen) voor niet-N.H.G.-leden, f 25,— voor N.H.G.-leden en buitengewone leden. Aanmelding dient te geschieden bij het Nederlands Huisartsen Instituut (voorlopig adres) Catharijnesingel 71, Utrecht.

In verband met de aard van de cursus kunnen maximaal 20 deelnemers worden ingeschreven. Opgaven zullen in volgorde van binnenkomst worden behandeld, doch moeten geschieden vóór 7 februari 1965.

## REGISTRATIE ALGEMEEN VOORKOMENDE INFECTIEZIEKTEN

In overleg met het centrum Rotterdam van het Nederlands Huisartsen Genootschap zal op initiatief en onder auspiciën van de G.G. en G.D. te Rotterdam voorlopig met een proeftijd van een jaar en met medewerking van 25 leden van het centrum een wekelijkse registratie van algemeen voorkomende infectieziekten worden begonnen.

Voor een aantal algemeen voorkomende infectieziekten heeft de Nederlandse wetgever geen meldingsbepalingen opgenomen onder andere omdat de ziekten als bijvoorbeeld echte kinder-