

uit de tabel in figuur 26. Wanneer daar wordt aangegeven, dat het percentage waarin adenotomie, tonsillectomie of adenotonsillectomie werd verricht, stijgt van 26,6 bij de patiënten die eenmaal een otitis doormaakten tot 75,0 bij patiënten die driemaal een otitis hadden, kan mijns inziens hieruit alleen worden geconcludeerd, dat huisarts en k.n.o.-arts bij een patiënt, die driemaal een otitis heeft gehad, eerder een indicatie zien tot de ingreep dan bij een patiënt, die de ziekte nog slechts eenmaal doormaakte. In het laatste geval is de neiging om eerst nog maar eens een volgende otitis af te wachten blijkbaar groot. Een gefundeerde uitspraak over de invloed van de ingrepen op de recidiefkans kan men eerst doen, wanneer men van alle patiënten, die even vaak een otitis doormaakten, de daarna geopereerden en de niet-geopereerden nagaat op het aantal recidieven. Dit is niet geschied. Terecht merkt de schrijver op dat hier sprake is van een veldonderzoek; zijn veronderstelling, dat hieruit weer stof voor verder onderzoek zou kunnen voortkomen, wordt dus wel bewaarheid. Zo zou het ook interessant zijn na te gaan hoe het betrekkelijk grote aantal patiënten, bij wie het trommelvlies niet perforeerde of werd geperforeerd (31%), werd behandeld. Kregen zij in een vroeg stadium antibiotica of chemotherapeutica? Daar de ziekte in het algemeen als een chirurgische aandoening werd gezien, is deze veronderstelling niet waarschijnlijk. De resultaten van deze opvatting waren gunstig, zodat ook dit onderzoek weer eens te meer steun geeft aan de mening, dat antibiotica en/of chemotherapeutica bij deze aandoening slechts op strenge indicatie dienen te worden toegepast.

De bestudering van dit proefschrift kan ik allen, die regelmatig met de acute middenoorontsteking te maken hebben (onder andere huisartsen, kinderartsen en k.n.o.-artsen) aanbevelen. Dr. Roelink, en met hem de acht andere groepsleden van het centrum Arnhem, wil ik van harte gelukwensen met het resultaat van hun inspanning. Moge uit de kring van het N.H.G. nog vele dergelijke, zowel voor huisarts als specialist, belangwekkende studies voortkomen.

P. C. de Jong, keel-, neus- en oorzaken

Jaarverslag 1965 Gezondheidsorganisatie T.N.O.

In de inleiding van het jaarverslag 1965 van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. wordt melding gemaakt dat ingaande 1966 het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (N.I.P.G.) een plaats zal innemen in het geheel van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. Men verwacht hiervan een belangrijke versterking van de mogelijkheden; de samenhang die reeds bestond tussen de werkzaamheden van beide organisaties zal zonder twijfel worden geaccentueerd.

Elk jaar opnieuw wordt de lezer geboeid door de schat van informatie welke men in het jaarverslag op een zeer overzichtelijke wijze krijgt geboden inzake medisch wetenschappelijk onderzoek in de ruimste zin.

Zo lang de voorraad strekt wordt aan belangstellenden een exemplaar toegezonden. Men richtte daartoe het verzoek aan het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. postbus 297, 's-Gravenhage.

M. A. van Bouwdijk Bastiaanse † en anderen. Leerboek der Vrouwenziekten. Scheltema en Holkema n.v., Amsterdam, 1965; 759 bladzijden, prijs f 82,50

De tweede druk van dit bekende, in 1956 verschenen, leerboek is — mede doordat het aantal auteurs met drie werd uitgebreid en inmiddels nieuw verkregen feitenmateriaal werd opgenomen — uitgebreider van tekst en figuren dan de eerste druk. Systematisch van opzet worden achtereenvolgens besproken anatomie, ontogenie, gynaecologisch onderzoek, menstruele cyclus, constitutie en groeistoornissen, hygiëne, ontwikkelingsstoornissen van de geslachtsorganen, ziekten en afwijkingen van de verschillende delen van het vrouwelijk genitaalapparaat, endometriosen, menstruatiestoornissen, steriliteit, dyspareunie, geboorteregeling, antropogenetische problemen, ziekten van de endocriene klieren, geslachtsbepaling en -verandering, acute buik, specifieke

ontstekingen der vrouwelijke genitalia, symptomatologie en een schematische beschrijving van de operatiemethoden.

Praktisch alle hoofdstukken worden gevolgd door een literatuurlijst. Ondanks de veelheid van auteurs is men er in geslaagd een goed afgerond uitstekend werk te produceren, dat verlicht is met een overvloed aan voortreffelijke foto's, tekeningen en platen. Het boek is bijzonder mooi uitgevoerd en bezit een zeer goed register, waardoor het ook als naslagwerk zijn diensten kan bewijzen. Ongetwijfeld zal dit op hoog peil staande leerboek zijn weg naar arts en student vinden.

J. M. C. Tombrock

Het lezen waard

In de Volksgezondheidsnota 1966 van de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid wordt veel aandacht besteed aan de zogenaamde wijkgezondheidszorg waarin de huisarts een belangrijke rol speelt (Hoofdstuk VI: Gezondheidszorg). Van deze Volksgezondheidsnota zijn twee uitgaven verschenen: de grote uitgave, 344 bladzijden, prijs f 13,50 en de samenvatting, 126 bladzijden, prijs f 3,60. Verkrijgbaar bij de Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.

Literatuurinformatie (2)*

Jacoby, M.G. The National Health Service. Reflections by an American family doctor. (1966) Lancet I, 1366. Many surgeries should be better furnished and adequate auxiliary help should be improved. The public should be oriented towards the surgery appointment rather than the time-wasting house call. Each surgery visit should be considered as an opportunity for a check-up. The family doctor should have direct and easy access to the clinical pathology laboratory and the radiology department. Instead of a G.P. having a list and being paid by capitation fee, the obvious way to encourage work is to pay by the visit. The G.P. should follow his patients into the hospital and assume maximum care according to his ability. All hospitals should have utilisation committees.

Ottolander, G. J. H. den. Medische verzorging van bejaarden. (1966), Bejaarden 12, 143. De procentuele en absolute toename van het aantal bejaarden doet het aantal sociale, medische en sociaal-medische problemen sterk toenemen. Aan de hand van ervaringen in Rotterdam worden enige onvolkomenheden van de huidige toestand van de medische bejaarden-verzorging besproken.

Brocklehurst, J. C. Coordination in the care of the elderly. (1966) Lancet I, 1363. Coöperation and teamwork among the various agencies concerned with the care of the aged are vitally necessary. Much of the frustration and waste of time which bedevil the existing state of affairs could be reduced if the roles of the general practitioner (in acute and chronic illness and discharge from hospital), the hospital service, and the various voluntary and local-authority services were coordinated and dovetailed into an allembreaching service.

Russell, J. K. Not to be left to nature. (1966) Lancet I, 1315. This is a time to look critically at unscientific dogma that would have us believe that childbirth is nature's unqualified success story, that „natural methods” are the best methods, and that home is the ideal place for confinement.

Newcombe, H. B. Familial tendencies in diseases of children. (1966) Brit. J. prev. soc. Med. 20, 49. Almost all the conditions studied showed some tendency to repeat in the brothers and sisters of cases.

* Zie (1966) huisarts en wetenschap 9, 259.

Snepvangers, C. J. Over het nut en de gevolgen van periodiek bedrijfs-geneeskundig onderzoek. (1966) T. Soc. Geneesk 44, 468.

Mertens, A. Specialiserings van artsen. (1966) Kath. Artsenbl. 45, 177. Korte analyse van de vraag of een aan die van specialisten en sociaal-geneeskundigen analoge opleiding en erkenning van huisartsen gewenst of noodzakelijk is. Ten aanzien van de verbetering van de opleiding tot arts, worden het studierement, de verkorting van de feitelijke studieduur tot de nominale, de verkorting van de nominale studieduur en de voorgestelde, door schrijver ongewenst geachte opleiding tot basis-arts besproken. Omschrijving van de experimentele wijzigingen in de opleiding aan de Nijmeegse medische faculteit, die tegelijk een verkorting in de mediane studieduur en een kwalitatieve verbetering van de studie beogen.

Fairbairn, E. Medical social work and general practice. (1966) Med. soc. Work 19, 121. Interrelationship between medical and social situations. General practitioners are consulted for a variety of personal problems. Broader training programmes are required, in which medical social workers may make helpful contributions.

Ingall, G. B. Family and population studies in medical genetics. (1966) Med. soc. Work 19, 127. Careful patient interrogation followed by the construction of a detailed pedigree is essential for family and population studies in medical genetics. The training of a medical social worker is well suited to the role of collecting and compiling the information required. This sifting of this from the mass of data obtained, so similar to the clarification of a social case history, provides the vital groundwork for the medical geneticist, discovers factors in the patterns of disease, and aids in advancing the study of this new and active field in medicine.

AANWINSTEN

Report of a symposium on the quality of medical care. Liverpool 4 april 1965. Supplement No. 3 to Volume XI (No. 56) of J. Coll. gen. Practit. May 1966.

Dillane, J. B. General practice in the new towns of Britain. Reports from general practice. 4. Published by the Council of the College of General Practitioners. May 1966.

Bergsma, J.J. Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Een onderzoek met behulp van een schriftelijke anamnese. Nijmegen/Utrecht, 1966. Medisch Reeks Mens en Gezin. 7.

Winkler Prins, J. Huisarts en patiënt. Een empirisch - sociologisch onderzoek naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld over de huisarts. Diss. Amsterdam V.U., 1966.

Ingezonden

„PILLEN-PRAET”

Het lijkt mij volkomen juist dat adviezen omtrent gezinsplanning, geboorteregeling enzovoort thuis horen bij de huisarts. De huisartsen hebben kennelijk lange tijd dit facet van de algemene praktijk stiefmoederlijk behandeld. Door omstandigheden buiten ons huisartsen om worden wij nu gedwongen ons ermee bezig te houden, daar de pil alleen op recept is te verkrijgen.

Het getuigt van inzicht, dat „huisarts en wetenschap” de bestaande leemten tracht op te vullen. Het stemt tot voldoening, dat ook hierin een zekere unificatie wordt nagestreefd, hetgeen zijn uitdrukking vindt in de „Handleiding bij het voorschrijven van orale anti-conceptiva”.

Toch heb ik één bezwaar tegen de geadviseerde richtlijnen en wel waar het de frequentie der controles betreft. Waar er

toch al veel vrouwen komen met angst en schuldgevoelens omtrent de pil, geloof ik, dat een te frequente controle „psychisch meer schade, dan somatisch goed doet”. Ik meen, dat de opstellers het slachtoffer zijn geworden van eigen onzekerheid en angst, die wel eens overgedragen zouden kunnen worden op de „patiënten”.

Is het werkelijk vereist, dat na één maand alweer een inwendig onderzoek wordt gedaan, als er bij het eerste onderzoek geen afwijkingen zijn gevonden? Te meer, daar er toch veel vrouwen zijn, die al een zekere weerstand hier-tegen hebben.

In de drie jaar, dat ik de pil heb geïntegreerd in de anticonceptie-adviezen, heb ik volstaan met een speculum-onderzoek en een vaginaal toucher. Voorts gewicht, tensie, urineonderzoek op reductie en albumen, dit alles na een korte, algemene anamnese. Na drie maanden volgt een controle, voorts jaarlijks, als er geen bijzonderheden zijn, anders zo vaak als nodig is. Sedert anderhalf jaar wordt er, indien de portio niet gaaf is, een uitstrijkje gemaakt, dat wordt opgestuurd naar de patholoog-anatoom voor een beoordeling op tumorcellen.

In deze drie jaren heb ik geen nare gevolgen gezien: ruwweg geschat gaat het om ongeveer 150 vrouwjaren. Wel is het mijn indruk, dat de vrouwen het onderzoek kunnen billijken, doch tevens, dat het een grote steun en geruststelling is, als zij de pil weer een jaar mogen gebruiken: dan zal het wel een veilig middel zijn, hetgeen het mijns inziens ook is.

Naast bovengenoemde psychologische bezwaren is de beschikbare tijd van de huisarts van belang. Het aantal gebruikers stijgt wel en vertoont bepaald nog geen tendens tot dalen.

Overigens niets dan lof voor de Commissie!

Rheden, juli 1966

P. G. Bekkering

Bij het opstellen van een schema ten dienste van het voorschrijven van orale anticonceptiva zijn wij in de eerste plaats uitgegaan van de richtlijnen, die bij de bureaus van de N.V.S.H. worden toegepast. Op deze bureaus beschikt men over een grote ervaring sedert de introductie van de orale anticonceptiva in Nederland.

In tegenstelling tot de gedachte van collega Bekkering, dat een te frequente controle „psychisch meer schade, dan somatisch goed doet”, is het mij, als arts verbonden aan een van deze bureaus, opgevallen dat vrouwen dit bureau vaak bezoeken, omdat zij vinden dat de huisarts, van wie zij eerst de „pil” kregen voorgeschreven, te weinig notitie van hen nam.

Zoals meestal zal de waarheid wel in het midden liggen. Ik meen dat er vrijwel geen bezwaren verbonden zijn aan het gebruik van orale contraceptiva, maar het komt mij niet-temin gewenst voor — temeer waar er nog zoveel over dit onderwerp in de medisch literatuur wordt gepubliceerd — zo goed mogelijk aan het voorgestelde schema vast te houden, niet uit eigen onzekerheid en angst, maar omdat men zich verantwoordelijk gevoelt.

De huisarts, die zijn patiënte ook om andere redenen dan uitsluitend voor orale contraceptiva ziet, zal zelf wel kunnen beslissen of een bepaalde controle wel eens kan worden overgeslagen.

Namens Commissie Praktijkvoering,
K. Bosma

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Bijdragen worden bij voorkeur tegemoet gezien in machineschrift, in duplo, met toepassing van een brede kantlijn en op ten minste anderhalve regel afstand getypt. Men besluite het artikel met een korte samenvatting.