

# REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**65-04r Group health education in a general practice.** Pike, L. A. (1965) *J. Coll. Gen. Practit.* 10, 317.

In dit artikel geeft de auteur verslag over een vorm van gezondheidvoorlichting in een groepspraktijk van drie artsen. Gedurende zes weken hielden zij beurtelings elke week een lezing in de wachtkamer over de volgende onderwerpen: „Tonics”, „The feverish child”, „The spread of infection”, „Food and nutrition” and „Sensible clothing”.

De lezingen werden aangekondigd door middel van plakaten in de wachtkamer. Aan de omwonende collegae was gevraagd of zij tegen deze gang van zaken geen bezwaar hadden waarbij er nauwlettend op werd toegezien dat alleen de eigen patiënten de lezingen bijwoonden. De lezingen werden door maximaal 36 patiënten bijgewoond. Daarna werden op dezelfde wijze lezingen gehouden door enkele specialisten. Hierbij was het grootste aantal toehoorders 50.

Daarna ging men over tot het aanschrijven van bepaalde groepen patiënten, wier namen uit het kaartsysteem werden verkregen. Hierbij blijkt een register op leeftijd en geslacht noodzakelijk. Er werd bijvoorbeeld aan 300 vrouwen tussen 45 en 57 jaar een uitnodiging gezonden voor het bijwonen van een lezing over: „The change of life”. Hiervoor was zoveel belangstelling dat men een zaal moest huren. Voor het onderwerp „Approaching retirement” werden 180 mannen van 65 jaar uitgenodigd, van wie 60 verschenen. Aan een volgende lezing over „Diabetes” werd een kleine enquête verbonden, teneinde een inzicht te verkrijgen in de kennis van de patiënten over dit onderwerp.

Later werden ook kleine discussiegroepjes van patiënten gevormd, bijvoorbeeld jongens van 15 tot 16 jaar over „Health problems on leaving school”, er werd een „moedersclub” gevormd van moeders met kinderen van 1 tot 5 jaar en aan een plaatselijke jeugdkerkclub werd gelegenheid gegeven te discussieren over het roken.

De leden van deze groepspraktijk zijn van mening, dat deze vormen van gezondheidvoorlichting, naast de voorlichting door de massamedia, hun nut hebben.

R. S. ten Cate

**65-23. Über die Krankenhauseinweisungen aus einer Allgemeinpraxis.** Brandt, H. (1965) *Münch. med. Wschr.* 107, 279.

Terwijl vroeger het ziekenhuis hoofdzakelijk diende tot isolering en verpleging van de patiënten, is daar de laatste halve eeuw, in steeds toenemende mate bijgekomen, de mogelijkheid om met behulp van technische apparatuur, de patiënt zowel diagnostisch als therapeutisch behulpzaam te zijn. Dit veranderde aspect der geneeskunde, maakt het voor de huisarts noodzakelijk zich opnieuw te bezinnen op de indicaties tot ziekenhuisopname.

De schrijver heeft in een plattelandspraktijk van 6800 mensen in noord-oost Saksen nagegaan, hoe het met de ziekenhuisopname is verlopen in de periode van 1 oktober 1962 tot 1 oktober 1963. Het betreft de patiënten, die zowel direct als na ambulante behandeling bij een specialist, in een ziekenhuis werden opgenomen. De huisarts kon naar diverse ziekenhuizen verwijzen, onder andere ook naar universiteitsklinieken. Sommige patiënten konden niet worden vervolgd, daar er door verdere verwijzingen geen contact meer was. Verder was er van twee patiënten die in een universiteitskliniek waren overleden geen bericht ontvangen.

De schrijver heeft een half jaar na het beëindigen van het onderzoek de balans opgemaakt.

Er werden in deze periode 4377 patiënten behandeld, dit is 63,43 procent der praktijkbevolking, wat resulteerde in 8489 consulten: dat is 1,94 consult per behandelingsgeval.

Vierhonderd patiënten werden in het onderzoek jaar opgenomen, dat wil zeggen 5,88 procent der praktijkbevolking of 9,1 procent der patiënten die de arts bezochten. Voor deze 400 patiënten was 451 keer een opname nodig, 45 patiënten werden meermalen opgenomen in het onderzoekjaar. Uit de literatuur is gebleken dat in een Brits onderzoek (Logan en Cushion) een ziekenhuisopname-percentage van 4,36 procent (16310 ziekenhuisopnamen uit honderd praktijken) werd vastgesteld, terwijl elders Tutzke en Kapell op 1080 behandelde patiënten 46 opnamen hadden of 4,35 procent. De moeilijkheden bij het vergelijken van opnamepercentages worden het beste gedemonstreerd door de opname van patiënten met besmettelijke ziekten. Zo was in het gebied waar de schrijver werkt opname verplicht bij diarree, in verband met een salmonella-epidemie (81 gevallen werden in het onderzoek opgenomen).

Van de 451 patiënten ging 31,7 procent naar interne geneeskunde, 29,37 procent naar chirurgie, 13,51 procent naar pediatrie, 7,25 procent naar gynaecologie en 18,15 procent naar een paviljoen voor infectieziekten. Twaalf patiënten gingen naar de neus-, keel- en oorarts, vier naar de huidarts, twee naar de psychiater en een naar de oogarts.

De indicaties voor opname worden in vijf groepen verdeeld: 1 zuiver isolering; 2 uitsluitend voor diagnostiek; 3 zowel voor diagnostiek als behandeling; 4 voornamelijk voor behandeling; 5 vrijwel uitsluitend voor verpleging.

Afgezien van de 81 gevallen van diarree vond dus 370 keer een ziekenhuisopname plaats. Hiervan was 45,7 procent uitsluitend of deels ter vaststelling van de diagnose. Een andere onderzoeker Braun, had bij 200 opnamen 61,5 procent met hoofdzakelijk diagnostische problemen. De schrijver probeert na te gaan in hoeverre de opname een winst voor de diagnostiek heeft betekend. De moeilijkheid bij een dergelijke beoordeling vormt vooral het probleem wat men onder een diagnose verstaat. Auteur heeft hierbij een door Braun c.s. opgestelde classificatie naar eindbeoordeling gevolgd, waarbij vier groepen worden onderscheiden: Symptoom-classificatie, waarbij vooral waarde wordt gehecht aan één zeer karakteristiek ziekteverschijnsel; syndroom-classificatie; dominantie-classificatie, waarbij vooral waarde wordt gehecht aan het feit, dat een gevonden verschijnsel nu eenmaal in een opvallend hoog percentage typerend is voor een bepaalde ziekte; diagnose-classificatie, waarbij ziekteverschijnselen zijn geconstateerd, welke zonder meer een typerend ziektebeeld aannemelijk maken.

De schrijver heeft aan de hand van deze classificaties berekend welk percentage hij had vóór de opname en welke percentages er waren bij ontslag. In een tabel wordt dit overzichtelijk weergegeven, waarbij uiteraard blijkt dat in verreweg de meeste gevallen van de ziekenhuisopname een aanzienlijke winst op diagnostisch gebied werd geboekt. Aan de andere kant blijkt echter dat niet in alle gevallen een bevredigende diagnose was te verkrijgen. Uiteraard werkt de huisarts onder heel andere omstandigheden dan de clinicus en de schrijver noemt enkele factoren, welke dit verschil tussen classificatie vóór en na opname kunnen verklaren.

Om te beginnen heeft de clinicus per geval veel meer tijd beschikbaar dan de huisarts. In de tweede plaats ziet de clinicus de patiënt altijd wat later dan de huisarts, wat in vele gevallen het voordeel heeft dat inmiddels het ziektebeeld duidelijker is geworden. In de derde plaats moet de huisarts nogal eens een patiënt opnemen, omdat het in het belang van de patiënt is, het zoeken naar een diagnose niet langer voort te zetten. Van de opgenomen patiënten bleken bij 81 (18 procent), opvallende verschillen te bestaan tussen de aanvankelijk gestelde diagnose en de conclusies welke bij ontslag door de clinicus waren getrokken.

Nader geanalyseerd leverde dit het volgende op: twaalf

patiënten waren door de huisarts fout beoordeeld (acht hiervan betroffen uitsluitend thuis bezochte patiënten). Drie patiënten kon de huisarts niet classificeren: tweemaal omdat de mogelijkheden hiertoe ontbraken en bij een zou onderzoek in de spreekkamer zeker klaarheid hebben gebracht. 38 ziektegevallen (hematurie, acute buik) konden pas in de kliniek tot klaarheid worden gebracht. Soms trad tijdens de opname een nieuwe ziekte op of werd een latente ziekte duidelijk: bijvoorbeeld opname wegens acute urineretentie ten gevolge van prostaathypertrofie, waarbij een letale afloop volgde door *insufficiëntia cordis*. Acht patiënten werden in de kliniek niet juist beoordeeld. Vijf patiënten hadden bij ontslag geen classificatie, waarvan vier op eigen verzoek vroegerd waren ontslagen. Vijftien patiënten hadden een classificatie bij ontslag, die op zijn minst onbevredigend was. Van de opgenomen patiënten was 52,4 procent slechts thuis bezocht; in het onderzoek van Braun was dit percentage 54.

M. Reyerse.

**65-25. Prognosis in cutaneous Paget's disease.** *Fardal, W. R., R. R. Kierland, O. T. Clagett en L. B. Woolner (1964) Postgrad. Med. 36, 584*

Paget's disease of the nipple wordt gekenmerkt door een specifiek pathologisch-anatomisch beeld, namelijk specifieke cellen, dat in verband wordt gebracht met een intraductaal of parenchymaal mammacarcinoom. Reeds in 1874 zinspeelde Paget erop dat de — later naar hem genoemde — afwijking ook extramammair kan voorkomen. In 1888 beschreef Crocker de typische afwijkingen aan het scrotum van een 60-jarige man.

De schrijvers deden een katamnestic onderzoek bij 155 lijdende aan Paget's disease, die in de Mayo Clinic waren geopereerd. Bij deze 155 patiënten was bij 145 (waarbij 15 „preklinische“ gevallen) de afwijking gelocaliseerd aan de borst en bij tien extramammair, te weten vulva (6), penis en scrotum (2) regio publica (1) en perineum (1). Bij de 145 patiënten met een mammaire Paget werd 72 maal de tepel aangedaan, zonder tumor in de borst; 58 maal werd behalve de tepelafwijking ook een tumor in de borst gevonden en in 14 gevallen alleen een tumor in de borst en eenmaal alleen een aangetaste okselklier. Deze laatste gevallen worden „preklinisch“ genoemd. In de extramammaire groep werden zeven recidieven genoteerd en vier van de vijf sterfgevallen waren het gevolg van metastasering. Het vijfde sterfgeval was het gevolg van het ontstaan van een ander carcinoom.

Van de patiënten met mammaire Paget leefde er na vijf jaar nog 61,3 procent, na tien jaar 53,8 procent, na 15 jaar 44,1 procent en na 20 jaar nog 36,4 procent, wat overeenkomt met de overlevingspercentages van andere mammacarcinomen.

De doodsoorzaak bij 55 van de 78 overledenen was metastasering en bij 15 ontwikkeling van een ander carcinoom (mamma, colon, maar). De behandeling was bij allen, zowel bij mammaire als de extramammaire localisaties, zo ruim mogelijke extirpatie.

De extramammaire aandoeningen imponeerden als verschillende hardnekkige huidaandoeningen zoals intertrigo en de diagnose werd pas gesteld na een proefexcisie.

Er zijn verschillende theorieën, die het ontstaan van de Pagetcellen trachten te verklaren. Men kan denken dat ze uitgaan van het epitheel van de melkgangen of van andere apocriene klieren en zich van daaruit uitbreiden in het epitheel van de tepel, de borst of elders. Ook wordt wel een multicentrisch ontstaan aangenomen in de basale cellen van de klieren. Een andere theorie neemt aan dat de pathologische verandering primair in de epidermis ontstaat en zich daarna uitbreidt in de klierbuizen.

J. G. Antvelink

**65-26. Determining the severity of mental disorders.** *Copeland, A. D. (1964) Postgrad. Med. 36, 571.*

Een psychiatrische diagnose is niet voldoende om de ernst van een emotionele stoornis te beoordelen en vooral voor de niet-specialist is het belangrijk te weten hoe de patiënt zijn stoornis verwerkt en welke mogelijkheden hij tot herstel heeft

om tot een verantwoorde behandeling te kunnen komen, welke kan variëren van een simpele geruststelling of voorschrijven van sedativa en/of psychofarmaca tot internering en specialistische psychiatrische hulp. De schrijver stelt een vijftal criteria op voor het vaststellen van de ernst en de prognose van het lijden.

Het eerste is de primaire reactie van de arts zelf. In de regel veroorzaken nieuwe patiënten weinig emotionele reacties bij de dokter; wanneer een patiënt sterke reacties oproept, dient de dokter op zijn hoede te zijn en zich af te vragen waarom hij zo reageert. Vaak betekent dit dat de patiënt emotioneel gestoord is, wat onder andere kan blijken uit zijn uiterlijk, kleding en gedrag, waarbij overdrijving in een of andere richting vooral van belang is.

Het tweede is het symptomatische beeld dat de patiënt vertoont: Een patiënt met een lange ziektegeschiedenis vereist een langdurige behandeling; een acute angstreactie reageert meestal goed op behandeling. Vooral een psychopathologische aandoening, verborgen achter lichamelijke klachten is vaak moeilijk te vinden. De duur en het verloop van de klachten zijn eveneens van prognostische betekenis. Wanneer de klachten in hevigheid toenemen is de grens van de spankracht van de zieke snel bereikt en bestaat er gevaar voor een psychiatrisch spoedgeval.

Het derde criterium is de psychiatrische geschiedenis van de patiënt. Is de patiënt vaker behandeld voor zenuwen of als hij vaker een nerveuze inzinking heeft gehad is de kans groot, dat ook de huidige aandoening eenzelfde verloop zal hebben.

Het vierde criterium is de vraag hoe de patiënt in het leven is geslaagd, of zijn sociale status overeenkomt met zijn afkomst en opvoeding. Duidelijke discrepanties wijzen op de mogelijkheid van langdurige en ernstige emotionele problemen. Ook een verandering in gewoonten, eetlust en slaap kan een belangrijke indicator voor psychische problemen zijn, evenals veranderingen in het volvoeren van de dagelijkse taak.

Tenslotte kan het ontbreken van emotioneel contact met de medemens een aanwijzing zijn voor een gestoorde emotionaliteit. De arts moet daarom nadrukkelijk hiernaar vragen, omdat de patiënt meestal zegt dat hij goede intermenselijke betrekkingen onderhoudt.

J. G. Antvelink

**65-27. Luxation scapulo-humérale. Méthode de traitement.** *Caernes, M. (1964) Presse méd. 72, 3135.*

De schouderluxatie is de meest voorkomende ontwrichting. In vijftien procent van de gevallen luxeert de humeruskop naar voren. In de oksel vindt men dan het caput humeri. De diagnose is niet moeilijk en wordt vaak door de patiënt zelf gesteld. Objectief vindt men: een afgeplatte schouder, een inzinking onder het acromion, de humeruskop in de oksel en adductie van de arm. De elleboog en de negentig graden gebogen onderarm worden gesteund door de gezonde hand en onderarm. Hevige pijn en volledige onmacht completeren de symptomatologie. Röntgenonderzoek is nodig, om complicaties, zoals fracturen, interpositie van weke delen, peesletsels enzovoort, te kunnen vaststellen.

De schrijver heeft een nieuwe reductiemethode gebruikt. De patiënt zit. De arts staat naast de patiënt met zijn gezicht naar de ontwrichte schouder; hij brengt de ongelijknamige vuist in de oksel van de zieke, de handrug tegen de borstwand, de duim omhoog, dus in contact met de humeruskop. Met de andere hand houdt de medicus de elleboog vast, de onderarm in negentig graden flexie. Terwijl de vuist negentig graden naar buiten wordt gedraaid met de duim steeds in voeling met de humeruskop, wordt de elleboog tegen de borstkas gedrukt. Bij de draaiing komt de grootste diameter van de vuist, de handrug in de oksel en daardoor wordt de kop naar buiten gedrukt; de gelijktijdige druk op de elleboog maakt, dat de kop over de onderrand van het cavum glenoidale op zijn plaats glijdt. Daarna wordt de vuist weer teruggedraaid. De handrug vete men in met vaseline, om de draai beweging soepel te doen zijn. De reductie moet met zachtheid worden verricht. Verdoving is bij versie luxaties onnodig. Na de repositie röntgencontrole en

onderzoek van sensibilliteit en motiliteit. Enige dagen een mitella en tenslotte oefeningen om de schouder weer beweeglijk te maken. (Hoewel huisartsen zeer zelden schouderontwrichtingen zelf zullen behandelen, is het kennen van deze eenvoudige repositiemethode voor toepassing in uitzonderingsgevallen de moeite waard, ref.).

N. Bessem

**65-30. Value of the concentrationtest in determining renal function.** Harrow, B. R. en J. A. Sloane. (1965) *Postgrad. Med.* 37, 48.

Eén van de belangrijkste nierfunctieproeven is een juist uitgevoerde concentratieproef. Bij een onderzoek van 5000 urologische patiënten bleek dat bij de rond 4300 patiënten, die tot 1025 of hoger concentreerden, nooit nierfunctiestoornissen aan te tonen waren. Op deze regel bleek eigenlijk maar één uitzondering: in het beginstadium van een acute glomerulonefritis kon de glomerulusexcretie al ernstig gestoord zijn terwijl het concentratievermogen nog intact was. Het bepalen van de urineconcentratie kan dus een groot aantal nierfunctieproeven uitsparen.

Voor het uitvoeren van de proef — welke wordt gedaan na 16 tot 18 uur vochtonthouding — is nodig dat de gebruikte hygrometer goed is gecallibreerd (wat is te controleren met gewoon water) en dat hij goed vrij drijft. Ze zijn gestandaardiseerd voor een temperatuur van 16°C. Voor elke drie graden meer wijst hij één streepje minder aan. Om temperatuurcorrecties te vermijden raden de auteurs aan het soortelijk gewicht te bepalen in pas geloosde urine, waarvan de temperatuur omstreeks 37° is. (Voor de praktijk lijkt mij dit advies bij deze proef moeilijk uitvoerbaar, ref.). Dan correspondeert 1018 met 1025 bij 16°. Bovendien ontstaan in afgekoelde urines neerslagen, die de soortelijk gewichtbepalingen minder betrouwbaar maken. Bij aanwezigheid van niet te grote hoeveelheden eiwit of glucose kan een correctie worden aangebracht door voor elke 3,9 gram eiwit per liter en voor elke 2,7 gram suiker 0001 af te trekken.

Te hoge waarden kunnen ook gevonden worden na een intraveneus pyelogram, wanneer de gebruikte contrastof wordt uitgescheiden. Patiënten met gezonde nieren, die op een zoutarm of eiwitarm dieet staan, kunnen ook weinig geconcentreerde urine uitscheiden.

Hoewel in alle leerboeken staat dat in de eindstadia van nierinsufficiëntie het soortelijk gewicht constant blijft op 1010, dat van plasma, is dit niet juist. Er zijn wel fluctuaties aan te tonen en er worden lagere waarden gevonden, tot 1004 toe. In het beginstadium van pyelonephritis, hydro-nefrose en hypertensieve niersclerose blijft, volgens de ervaring van de auteurs, het concentratievermogen normaal; dubbelzijdige ernstige nierbeschadiging kan daarentegen worden uitgesloten bij een normaal concentratievermogen. Echter een beginnend obstructief (eenzijdig) nierlijden kan men eveneens niet uitsluiten met de concentratieproef.

J. G. Antvelink

## Boekbesprekingen

Alan F. Guttmacher. *Alles over geboorteregeling N.V.S.H.*, Postbus 64, 's-Gravenhage, 1965, 141 bladzijden, prijs f 6,90 (voor leden N.V.S.H. f 5,50).

De N.V.S.H. laat dit, uit het „Amerikaans” vertaalde boek, verschijnen met een gelukwens aan zichzelf en aan de lezers omdat het alles geeft wat de titel belooft. Inderdaad geeft dit boek voor de niet-medicus voldoende; hetgeen niet wil zeggen dat medici hun kennis er niet mee zouden kunnen verrijken.

De schrijver begint met het uiteenzetten van de relatie tussen geboorteregeling en seksuele hervorming. Nu de zeden zich veranderen gaat geboorteregeling een steeds grotere plaats innemen in de samenleving. Vervolgens wordt de vraag opgeworpen waarom men aan geboorteregeling zal gaan doen. Eén van de redenen die genoemd worden is dat een man en een vrouw alvorens zij het huwelijksleven gaan

delen met een nieuw gezinslid, dit ruimschoots uitsluitend met elkaar dienen te delen als aanpassing aan deze nieuwe status.

Na een korte bespreking van de fysiologie van de bevruchting beschrijft Guttmacher de verschillende methoden van geboorteregeling. Ook de intra-uterine contraceptiva worden hierbij beschreven.

De betrouwbaarheid en het voor en tegen van de diverse methoden worden tegen elkaar afgemeten. Eveneens wordt benadrukt dat de instelling van het echtpaar, dus niet alleen van de vrouw, tegenover geboorteregeling van minstens even groot belang is als de methode die men kiest. Zelfs wordt in een apart hoofdstuk de rol van de man in de geboorteregeling belicht. In het kort bespreekt de schrijver de bakerpraatjes rond de geboorteregeling. Ook voor de mening van de diverse — Amerikaanse — kerken is een bescheiden plaats in dit boek ingeruimd waarbij de schrijver tot de conclusie komt dat er voor iedereen, van welke kerk hij of zij dan ook lid is, een manier van geboorteregeling is te vinden die hem of haar niet in conflict brengt met de kerk en het eigen getuigen.

Het laatste hoofdstuk van dit boek geeft een exposé van de onderzoek- en behandelmethodes van het kinderloze huwelijk.

Soms krijgt men in dit boek het idee dat de auteur het zijn lezers wil aanpraten. Het werk is voor iedereen bedoeld, maar de vrees is dat het zal terecht komen bij diegenen, die ook op het laatst gehouden N.V.S.H.-congres zo talrijk aanwezig waren. Daar had ruim 52% der aanwezigen middelbaar onderwijs genoten.

J. Huls

G. A. Lindeboom. *Karel Frederik Wenckebach, een korte schets van zijn leven en werken. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem, 1965, 127 bladzijden, prijs 8,—.*

Professor Lindeboom is een vlotte, gemakkelijk te lezen, schrijver, zowel als clinicus als historicus. De levensbeschrijving van de grondlegger der moderne cardiologie is, zoals hij zelf in het voorwoord zegt, maar een schets. Ik herinner mij uit mijn studietijd dat wijlen Prof. Van Rijnberk tijdens zijn colleges over de fysiologie van het hart, altijd sprak van de grote Wenckebach. Zo groot was de indruk die deze op zijn tijdgenoten maakte. Duidelijk komt in de levensschets van Lindeboom naar voren dat de tien jaren, gedurende welke Wenckebach als huisarts werkzaam was, van grote invloed zijn geweest op zijn wetenschappelijk speurwerk. Hij moet toen gezien hebben dat talloze mensen met allerlei afwijkingen van de „norm” volkomen gezond zijn, althans niet ziek. Buiten zijn beroep was Wenckebach een gewoon kind van zijn tijd, experimenteel ingesteld en met onder andere een voor ons niet meer invoelbare eerbied voor prins en excellenties, zoals blijkt uit de inhoud van enkele in de levensschets gepubliceerde brieven. Voor liefhebbers van de geschiedenis der geneeskunst aanbevolen. Aan hen die dieper willen graven wijst het de weg.

H. A. M. Ruhe

*Diagnose-statistiek ziekenhuizen 1962. Publikatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Uitgeversmaatschappij W. de Haan N.V., Zeist, 1965, 109 bladzijden, prijs f 11,—.*

In deze publikatie van het C.B.S. zijn de gegevens bewerkt, welke verkregen werden via een proefonderzoek inzake een uniforme registratie van medische gegevens in een 15-tal ziekenhuizen, met gezamenlijk 4909 bedden, over het jaar 1962.

Na een inleiding over de voorgeschiedenis en ontwikkeling van dit proefonderzoek, wordt in hoofdstuk twee de gevoerde registratie besproken met vermelding van de aard der verzamelde gegevens, definities, classificaties, codering en wijze van bewerking.

In de resterende drie hoofdstukken wordt uit de grote hoeveelheid gegevens, via staten en grafieken, de samenhang besproken tussen diagnose en geslacht, leeftijd, operatiefrequentie, klinische letaliteit, maand van opnemeng en