

# REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

65-35. **Thromboses veineuses récidivantes et cancers.** Rouquès, L. (1965) *Presse méd.* 73, 362.

In een „Note de médecine pratique” vestigt de schrijver nog eens de aandacht op tromboflebitis migrans als alarmsignaal. Een tromboflebitis dwingt tot een nauwkeurig onderzoek naar aandoeningen elders in het lichaam. M. Linquette en medewerkers rapporteren in (1964) *Lille Médical* 9, 832, vier ziektegeschiedenissen van mannen van middelbare leeftijd, die recidiverende tromboflebitiden vertoonden maanden tot jaren, voordat bij hen een maligne aandoening werd gevonden. R. Rouchy en medewerkers bespreken in (1964) *Archives Médicales d'Angers* 65, 169, een patiënte bij wie, gearmeerd door herhaalde tromboflebitis van de ledematen, een carcinoma cervicis uteri werd gevonden en behandeld. Na de behandeling bleven de adertontstekingen uit.

Deze tromboflebitiden kunnen diep en oppervlakkig zijn; overal in het lichaam voorkomen; vaak verspringen; en slecht op antistollingsbehandeling reageren. Liebermann vond in zijn serie patiënten achtmaal één maand, zestienmaal twee tot zes maanden en zesmaal meer dan een jaar tussen het optreden van de adertonstekingen en de ontdekking van een maligne aandoening. De tumoren zijn vooral te vinden in pancreas en longen en minder vaak in maag, prostaat, ovaria en mamma. Belangrijk is dat de kankers veelvuldig operabel blijken te zijn, wanneer de waarschuwing naar waarde is geschat.

Recidiverende tromboflebitiden kunnen ook een teken zijn van een ontstekingshaard en van bloedziekten. Tevens vindt men ze soms bij sommige Rickettsiosen, jicht en bij hernia diafragmatica.

N. Bessem.

65-36. **Die Verbreitung von Eisenmangelzuständen bei der weiblichen Bevölkerung.** M. von Seibold, A. Hannappel, H. J. Florian en E. Schmid (1965) *Münch. med. Wschr.* 107, 816.

Door de schrijvers is nagegaan hoe bij een groep van 1160 vrouwen in de leeftijd van 15 tot over de 50 jaar, de ijzerbehoefte is en dit vergeleken met de ijzerbehoefte bij 50 willekeurige mannen, in ongeveer dezelfde leeftijdsverdeling. Van de 1160 gezonde vrouwen bleken 1066 te voldoen aan de door hen gestelde voorwaarden. Hiervan waren 231 vrouwen student aan verschillende faculteiten of leerling van een vroedvrouwenschool, verpleegster of masseuse; 752 waren werkzaam in fabrieken en 83 op het platteland. Vooral de leeftijdsgroep tussen 20 en 30 jaar was ruim vertegenwoordigd (huisvrouwen zijn in dit materiaal onvoldoende vertegenwoordigd, ref.).

Alle proefpersonen onderwierpen zich, nadat ze uitvoerig waren voorgelicht over doel en opzet van de proef, vrijwillig aan de deelname, waarbij was vooropgesteld dat ze zich subjectief gezond dienden te voelen en ook objectief niet duidelijk ziek waren. In vele gevallen werden de deelnemers zelf bezocht, alleen bij het fabriekspersoneel werd het onderzoek in de bedrijfsgeneeskundige dienst verricht.

Een uitvoerige voedingsanamnese werd opgenomen; naar tekenen van bloedarmoede werd gevraagd; de duur, hoeveelheid en frequentie van de menstruatie, bevallingen, miskramen, operaties, bloedverlies en vroegere bloedarmoede werd genoteerd. Over deze gegevens zal door de werkgroep later verslag worden uitgebracht. Verder werden bij iedere proefpersoon de volgende bepalingen verricht: bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes (Westergren), hemoglobine-

gehalte (cyaanhemoglobine-methode), aantal erythrocyten, serumijzer nuchter en serumijzer drie uur na orale toediening van 264 mg van een complex ijzerpreparaat en tenslotte de totale ijzerbindingscapaciteit. De chemische technieken van deze bepalingen voldeden aan hoge eisen.

De uitkomsten van deze 1116 gevallen (1066 vrouwen en 50 mannen) leverden, wat het ijzergebrek betreft, de volgende resultaten op: Een hemoglobinegehalte van onder de 80 procent werd als te laag beschouwd (manifest ijzergebrek). Dit werd bij 149 vrouwen (13,9%) gevonden. Bij de mannen had er één een anemie (hemoglobinegehalte 78%). Latent ijzergebrek, zonder anemie, bleek zeer veel voor te komen. Hoewel de meeste onderzoekers een stijging van het serumijzergehalte met 100 procent reeds een teken van ijzerbehoefte noemen, nemen de schrijvers een stijging van 200 procent of meer pas aan als een teken van ijzertekort. Een andere mogelijkheid om iets over de ijzerbehoefte te weten te komen is de totale ijzerbindingscapaciteit, dat wil zeggen het quantitative vermogen van het plasma, om ijzer aan transferrine te binden. Hoewel beide proeven ons inlichten over de ijzerbehoefte in het lichaam, dekken ze elkaar niet, zoals ook bij dit onderzoek is gebleken. Van de 917 niet anemische vrouwen hadden 229 (21,4%) noch een verhoging van het serumijzer na belasting, noch een te hoge totale ijzerbindingscapaciteit; 21,4 procent bleek dus, wat het ijzer betreft, verzadigd te zijn. 187 proefpersonen (17,5%) bleken volgens de ijzerbelastingsproef een verhoging van 200 procent of meer te hebben, zonder dat de totale bindingscapaciteit verhoogd was; 219 proefpersonen (20,5%) hadden juist een verhoogde totale ijzerbindingscapaciteit (379%) zonder in de ijzerbelastingsproef een verhoging te tonen; 282 proefpersonen (26,7%) hadden een verhoging, zowel in de belastingsproef als in de totale ijzerbindingscapaciteit. 64,7 procent van de vrouwen, dus tweederde, bleek een ijzergebrek te hebben of wanneer men de aparte anemie-patiënten er nog aftrekt: driekwart van de vrouwen zonder anemie heeft een ijzertekort!

Wat de leeftijdsverdeling betreft is het percentage vrouwen met een latent ijzergebrek het grootst kort na de menarche, vermindert iets tot het veertigste jaar en blijkt kort voor de menopauze weer toe te nemen en na de menopauze weer duidelijk af te nemen.

In de controle-groep der mannen bleek een persoon een manifeste anemie te hebben. Vijf niet-anemische mannen hadden een ijzertekort: drie waren donor, één was te licht in gewicht. 44 mannen toonden een verzadigd ijzergehalte.

Vervolgens bespreken de schrijvers kritisch de waardering van de door hun bepaalde gegevens. Voor wat betreft de totale ijzerbindingscapaciteit, is er nogal wat spreiding in hetgeen de ene onderzoeker nog normaal vindt en de andere abnormaal. Zij vergelijken hun normale waarde met enkele anderen uit de literatuur bekende, grote onderzoeken. Voor wat betreft de ijzerbelastingsproef, is het niet alleen van belang hoeveel het serumijzergehalte stijgt na toediening van ijzer, maar ook is het van belang hoe groot de uitgangswaarde (nuchtere waarde) was. Zij hebben dit nog eens nauwkeurig bekeken, vooral in de groep van 187 gevallen waarbij de belastingsproef een verhoogde waarde opleverde, terwijl de totale ijzerverbindingscapaciteit normaal was. Tweederde van deze gevallen toonde een stijging van 200 tot 300 procent en eenderde van 300 en meer procent, waarbij in deze laatste groep de uitgangswaarde (nuchtere waarde) wel steeds opvallend laag was (80 procent of lager).

Een groot probleem blijft nog het niet overeenkomen van de ijzerbelastingsproef met de totale ijzerbindingscapaciteit, terwijl toch beide bepalingen ons inlichten over de toestand van het ijzer in ons lichaam. Het is bekend dat een ijzer-

belastingsproef onbetrouwbaar wordt bij de aanwezigheid van tumoren of infecties, daar er dan veel van het toegediende ijzer door het reticuloëndotheliale systeem wordt opgenomen.

Aan de hand van de bloedbezinkingssnelheid kan men hiervan enigszins een indruk krijgen, hoewel dit beslist geen zuivere maat is voor het aantonen van een tumor of een infectie. In hun materiaal was er in 18,2 procent een bloedbezinkingssnelheid in het eerste uur van 10 mm of hoger in de groep waar alleen de totale bindingscapaciteit was verhoogd. In de andere groepen werd steeds een lager percentage (15,6) gevonden.

Hoewel er op zo grote schaal en met de hierboven beschreven technieken nog weinig is onderzocht en gepubliceerd, blijkt dat er in vergelijking met andere publikaties in Zuid-Duitsland (het onderzoek had plaats in München en omgeving) een verrassend hoog percentage vrouwen een latent ijzergebrek heeft. M. Reyser.

#### 65-37. New contract for general practitioners. (1965) *Brit. med. J. I, supplement, 89.*

De British Medical Association heeft de minister voor volksgezondheid in Engeland een ontwerp voor een nieuw contract voorgelegd, op basis waarvan naar haar mening de huisartsgeneeskunde binnen het kader van de National Health Service behoord te worden uitgeoefend. Zij heeft de minister verzocht de onderhandelingen met de B.M.A. te voeren op basis van dit stuk, getiteld „A charter for the Family Doctor service”, omdat naar haar mening hierin de noodzakelijke voorwaarden voor het goed functioneren van de huisartsgeneeskundige dienst zijn opgenomen.

De kernpunten waar het om gaat zijn: De huisarts behoort voldoende tijd beschikbaar te hebben voor iedere patiënt; hij moet in staat zijn op de hoogte te blijven van de vorderingen der geneeskunst; hij moet volledig vrij zijn in de behandeling van zijn patiënten; hij moet kunnen beschikken over een goed instrumentarium en andere hulpmiddelen om zijn vak uit te kunnen oefenen; hij behoort tot zijn beschikking te hebben alle diagnostische hulpmiddelen en moet gebruik kunnen maken van sociale diensten, welke het medisch terrein raken, en moet ook de beschikking kunnen hebben over voldoende hulpkracht; hij moet worden aangemoedigd aanvullende kennis te verwerven of zich te bekwalen op speciaal gebied; hij moet op een adequate manier worden gehonoreerd, zodanig dat het voor hem een prikkel betekent zijn uiterste best te doen voor zijn patiënten; hij behoort een zodanige werkdag te hebben dat voor hem ook nog wat vrije tijd over blijft.

In het artikel wordt geconstateerd dat geen van deze voorwaarden op het ogenblik ook maar bij benadering vervuld is. Integendeel, de beoefening der huisartsgeneeskunst binnen het kader der N.H.S. dreigt in elkaar te storten. Er is een groeiend tekort aan huisartsen. Tegelijkertijd neemt de geneeskundige consumptie door de bevolking toe. De enige effectieve oplossing voor de toekomst is: meer huisartsen. Dat betekent meer centra voor opleiding van huisartsen en de noodzaak van het beroep aantrekkelijk maken. De universiteiten en medische hogescholen behoren aparte afdelingen te hebben voor de opleiding van huisartsen, welke afdelingen ook de nascholing moeten verzorgen.

Als eerste stap moeten maatregelen worden genomen om werkkraft en kunde van de huisartsen zo effectief mogelijk te gebruiken. Dit houdt in: meer hulpkrachten ter beschikking stellen van de artsen; modernere en verbeterde medische uitrusting ter beschikking stellen; de huisartsen ontlasten van werk dat hun tijd verspilt (bijvoorbeeld het schrijven van verklaringen en dergelijke administratieve arbeid).

De algemene praktijk moet het stempel behouden van de persoonlijke band tussen de huisarts en het gezin. Er moet een onafhankelijk lichaam worden geschapen met voldoende geldmiddelen uit de staatskas om de praktijkuitrusting der artsen te financieren en te moderniseren.

De honorering van de arts moet in rechtstreeks verband staan met de hoeveelheid werk die hij verzet en de verantwoordelijkheid die hij draagt. Die honorering moet voldoende hoog zijn om een voldoende aantal artsen aan te trekken voor de algemene praktijk.

Zonder de arts te ontslaan van zijn plicht om in noodgevallen te allen tijde klaar te staan om te helpen, moet de honorering zijn gebaseerd op dezelfde grondslagen, die voor andere leden der samenleving gelden namelijk op een redelijke werkdag en werkweek, welke ook nog ruimte overlaat voor studie en ontspanning.

Het aantal patiënten waarvoor een arts verantwoordelijk is, moet in etappes worden verlaagd, al naar gelang meer huisartsen beschikbaar komen, tot bijvoorbeeld een maximum van 2000.

De methode van honorering moet soepel zijn. De artsen moeten de keuze hebben uit een soort abonnementshonorering of een betaling naar verrichting of de één of andere vorm van een vast salaris. Maar alle drie vormen van honorering moeten zijn gebaseerd op een door de B.M.A. voorgesteld standaard-honorarium voor een consult en een visite bij een patiënt aan huis. Hierbij gaat men uit van een statistisch vastgesteld gemiddelde van vijf consulten en twee en een halve visite, welke gemiddeld door een huisarts per jaar en per ingeschreven patiënt worden verricht. In de honorering van de huisarts moet zijn inbegrepen wat de huisarts nodig heeft voor zijn normale praktijkuitgaven. Los daarvan moeten echter die middelen beschikbaar worden gesteld, welke de arts nodig heeft om hulpkrachten aan te trekken en zijn geneeskundige uitrusting (instrumenten, enzovoort), aan te schaffen en te verbeteren.

De gehele omvang van de disciplinaire machinerie moet worden herzien. Enkele van deze punten worden nog nader toegelicht. Bijvoorbeeld, de werkdag van de arts. Het is van het grootste belang voor het goed functioneren van de geneeskundige verzorging der bevolking door de huisartsen dat de geestelijke en lichamelijke gezondheid der artsen niet wordt geschaad door te lange werkdagen, zoals wij die nu kennen. De B.M.A. beveelt daarom aan dat de contractuele verplichting tot het dragen van verantwoordelijkheid wordt gelimiteerd tot: een redelijke werkdag (er is geen reden om het anachronisme te handhaven dat bestaat in de vorm van het werken tot in late avonduren); een vijf en halftaagse werkweek; 46 werkweken per jaar. Hierdoor zal iedere huisarts voldoende tijd hebben om zijn vakkennis op peil te houden en ook nascholingscursussen te volgen.

Het publiek heeft het recht te verwachten dat het medische hulp kan verkrijgen, wanneer die nodig is. De artsen aanvaarden de verantwoordelijkheid die te verschaffen. De groeiende moeilijkheid om deze verplichting ook werkelijk persoonlijk te vervullen wordt echter geïllustreerd doordat in de laatste jaren op grote schaal weekend- en nachtdiensten worden ingesteld en aparte medische diensten voor ongevallen en dergelijken. Het publiek heeft die diensten geaccepteerd en daarmee erkend, dat het juist is dat een arts niet onafgebroken kan worden belast. Vele artsen zullen bereid blijven hun diensten te blijven verlenen tot aan de uiterste grens van hun vermogen, maar zij moeten worden bevrijd van de drukkende last die op hun rust, doordat dit alles contractuele verplichting voor hun is. De taak om regelingen te treffen voor de medische verzorging in de uren, dat de huisarts niet beschikbaar is berust bij de overheid (alle artsen zijn in Engeland in staatsdienst, ref.). Indien een arts toch bereid is werk te doen buiten de gewone arbeidstijd moet dat ook apart worden gehonoreerd.

Wat de omvang van de taak van de huisarts betreft: de B.M.A. voelt geen behoefte die op andere wijze te omschrijven op één uitzondering na: op korte termijn moeten stappen worden ondernomen de huisarts te bevrijden van de last van de overmatige hoeveelheid werk, die hij moet verzetten in de vorm van het schrijven van grote hoeveelheden verklaringen, attesten, enzovoort. De uitoefening van de medische praktijk als éénmansbedrijf moet kunnen blijven bestaan doch het oprichten van groepspraktijken moet sterk worden aangemoedigd. De huisartsen moeten ook vrijelijk gebruik kunnen maken van alle diagnostische hulpmiddelen. Ook moeten huisartsen de beschikking hebben over enkele bedden in de ziekenhuizen.

Wat de praktijkuitrusting betreft: de regering heeft twintig jaar geleden reeds erkend dat het onmogelijk is bij de bouw van ziekenhuizen de last van de financiering te laten

drukken op particuliere fondsen of instellingen. Op grote schaal heeft men op staatskosten moderne, prachtige ziekenhuizen gebouwd. Maar er is werkelijk niets gedaan om de huisartsen financieel in staat te stellen zich op verantwoorde wijze van praktijkuitrusting te voorzien. De huisartsen moeten maar zien zo goed en zo kwaad als het kan op eigen kosten hun praktijkuitrusting en instrumentarium aan te schaffen. Dit kan niet langer zo blijven. Van overheidswege moet een onafhankelijk fonds worden ingesteld, waaruit aan huisartsen financiële hulp wordt geboden al of niet in de vorm van leningen op billijke voorwaarden om hun praktijkvoering te financieren.

Iedere arts moet vrij zijn om die geneesmiddelen voor te schrijven welke hij noodzakelijk acht.

Na enkele punten die voor ons Nederlandse artsen niet zo interessant zijn volgt het hoofdstuk over de gewenste honoraria. Hierboven werd reeds vermeld dat men uit wil gaan van een gevonden gemiddelde van vijf consulten en twee en een halve visite gemiddeld per jaar per ingeschreven patiënt. Vervolgens wordt berekend uit wat door het Rijk wordt betaald voor medische consulten en visites ten behoeve van militairen en wat wordt betaald door de National Health Service bij de behandeling van mensen buiten hun woonplaats en wat wordt vergoed bij behandeling van volwassenen en kinderen in internaten, wat voor één visite of één consult een billijke vergoeding is. Merkwaardigerwijze komt men dan op een bedrag, dat ongeveer 36 shilling (ongeveer f 18,—) per ingeschreven ziel per jaar bedraagt dus op hetzelfde bedrag als hier in Nederland door de ziekenfondsen wordt betaald. Bij deze honorering moet de arts dan de gewone lopende praktijkvoeringskosten zelf betalen. De betaling van benodigde hulpkrachten en de financiering van de aanschaf en het onderhoud van de praktijkuitrusting moet er echter niet bij inbegrepen zijn.

Het „charter” eindigt met de verklaring dat de B.M.A. vast gelooft, dat deze maatregelen een grote prikkel zullen vormen voor een betere beoefening van de algemene praktijk in de toekomst.

L. J. Bastiaans.

#### 65-45. Temporal arteritis. Whitfield, A. G. W. (1965) *Practitioner* 194, 208.

Het beschreven ziektebeeld treft vrijwel alleen bejaarden; mannen en vrouwen in even grote mate. Hoewel de gangbare naam van deze aandoening zou doen vermoeden dat het om een geïsoleerde afwijking van de arteria temporalis gaat blijken alle arteriën mee te doen. Daarom is ook wel de naam arteritis van de bejaarde voorgesteld of reuzencelarteritis, zulks op grond van de pathologisch-anatomische bevindingen: verdikking van de intima, verdwijning van de lamina elastica, vervanging van de media door weefsel met reuzencellen, plasmacellen en lymfocyten. De temporale en occipitale arteriën, al of niet eenzijdig, worden vaak het eerst aangetast. De beschrijving van de heftige en niet aflatende pijn door de patiënt laat weinig twijfel aan de diagnose. Bovendien zal de lokale reactie boven de vaten, zoals roodheid en zwelling, zichtbaar zijn. Andere veelvuldig voorkomende klachten zijn gewichtsverlies, anorexie, moeheid en oogsymptomen, waarvan het plotselinge partiële of volledige verlies van het gezichtsvermogen, het belangrijkste is. Vaak treedt ook temperatuursverhoging op tot matige koorts.

Van de laboratoriumbevindingen is de sterke verhoging van de bezinkingssnelheid der erythrocyten het meest opvallend. Het zeker stellen van de diagnose door arteriële biopsie is lang niet altijd nodig; bovendien ziet men nogal eens fout-negatieve uitslagen, doordat zelden een vat over de gehele lengte is aangedaan. De prognose is sterk afhankelijk van de uitbreiding van de aandoening.

De behandeling dient te bestaan uit onmiddellijke en hoge toediening van prednison; de dosis kan op geleide van de bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes worden verlaagd. Het resultaat van de behandeling is bijzonder goed wat de verschijnselen betreft, maar vooral ook van betekenis om visusstoornissen te voorkomen. Geen enkele andere behandeling heeft enig effect.

G. Faber

## Het lezen waard

De erfelijkheidsleer van de mens heeft vooral de laatste jaren door het chromosomenonderzoek een snelle ontwikkeling doorgemaakt. In het helder geschreven boekje „Human Genetics” zijn deze laatste aanwinsten verwerkt. V. A. McKusick. Human Genetics. Prentice-Hall Inc., Londen, 1965; 148 bladzijden, prijs f 12,20.

## Boekbesprekingen

D. C. Morrell. *The art of general practice*, E. en S. Livingstone Ltd., Edinburgh en London, 1965; 124 bladzijden, prijs f 7,60.

Nu vrijwel geen enkele universitaire docent meer ervaring heeft opgedaan in de algemene praktijk zullen de huisartsen zelf de lacune, welke op deze wijze ontstaat in de opleiding tot huisarts, moeten aanvullen. Er is reeds veel gedaan en langzaam maar zeker begint het begrip huisarts-geneeskunde inhoud te krijgen.

In dit boekje, geschreven door een Engelse huisarts, wordt de huisarts-geneeskunde op een bijzonder originele wijze besproken. Het is hier en daar wat aforistisch gesteld en gaat meestal niet erg diep op de problemen in maar dit is ook niet goed mogelijk binnen het bestek van ruim 120 bladzijden. De auteur merkt overigens in de inleiding op dat hij ook geen „textbook” heeft willen schrijven. Achtereenvolgens komen in zeven hoofdstukken ter sprake: het karakteristieke van de huisartspraktijk; de anamnese in de huisartspraktijk; het onderzoek in de huisartspraktijk; diagnose, prognose, behandeling, en tenslotte de medewerkers van de huisarts. Meer dan vijftig korte patiëntengeschiedenissen maken het geheel bijzonder het lezen waard. Het boekje wordt besloten met een literatuurlijst waarin de belangrijkste Engelse boeken op het gebied van de huisarts-geneeskunde worden genoemd. Iedere huisarts die belang stelt in „the art of general practice” moet dit boekje kopen en lezen.

G. J. Bremer.

J. H. van den Berg. *De dingen. Vier metabole overpeinzingen*. G. F. Callenbach n.v., Nijkerk, 1965; 100 bladzijden.

In deze vier overpeinzingen behandelt de auteur de veranderlijkheid — metabole — van de dingen waarbij hij zich achtereenvolgens bezig houdt met de afmetingen, de kleuren, de veranderingen samenhangende met de kromming van het aardoppervlak en, als laatste, de tijd. Deze overpeinzingen, die de schrijver ziet als inleiding tot een uitvoeriger metabole van de stof, zijn geschreven in de vlotte, meeslepende stijl, welke uit zijn andere werken bekend is. In de derde overpeinzing, die mij het meest boeide, wordt bijvoorbeeld een verband gelegd tussen de wijzigingen in de opvattingen over de bolvorm der aarde en de architectuur van de kerken in de loop der tijden. Nog sterker dan bij „Het menselijk lichaam” en „Metabole” krijgt men het gevoel, dat hier toch wel een zeer persoonlijk standpunt wordt ingenomen. Het is een wijsgerig betoog, dat mijns inziens voor de medicus minder interessant is dan de beide andere genoemde werken.

B. R. Brust.

G. A. Lindeboom. *Klinische dialogen. Tweede bundel. Tweede druk*. Eerven F. Bohn n.v., Haarlem, 1965; 271 bladzijden, prijs f 17,50.

In 1960 verscheen de eerste druk van de tweede bundel *Klinische dialogen*, met een bespreking van zevenentwintig patiënten in de vraag- en antwoordvorm, zie (1960) huisarts en wetenschap 3, 259. Behoudens enkele correcties is de opzet van het boek gelijk gebleven aan de eerste druk. Wederom kan met waardering worden gesproken over de originele wijze, waarop de belangstelling van de lezer wordt gevraagd voor tal van hoofdstukken uit de interne geneeskunde.

K. Gill.