

literatuurinformatie (5)*

Eekelen, W. F. van. *Intuïtie; niet alleen een onwetenschappelijk, maar ook een anti-wetenschappelijk begrip.* (1966) *Ned. T. Psychol.* 21, 422 en 498.

Het begrip intuïtie wordt zowel in de volksmond als in de wetenschap veelvuldig gebruikt. Aan de hand van een uitgebreid onderzoek naar het gebruik (of misbruik) van het woord intuïtie, wordt voorgesteld deze term uit het wetenschappelijk en niet-wetenschappelijk taalgebruik te schrappen. Als hypothese voor het feit dat ondanks alle bezwaren het begrip intuïtie niet alleen door leken, maar ook door vele psychologen en andere wetenschapsbeoefenaars wordt gehandhaafd en zelfs met een zekere voorliefde gebruikt, worden een viertal factoren verantwoordelijk gesteld: gemakzucht, zelfrechtaardiging, behoefte aan mystiek en dépit over de onvolkomenheid van het rationele kennen.

Dillane, J. B., J. Fry & A. Lester. *Group practice - future patterns?* (1966) *J. Coll. gen. Practit.* 12, 184-188.

A survey of 32 practices together with the attitudes and experiences of nearly 100 general practitioners to their premises and their organization. Space standards coincided with the sizes recommended by the Group Practice Loans Committee. The majority of the doctors considered that four or multiples of four was the ideal number for a group practice. Provision of suitable rooms for staff has been neglected. There was no evidence of any „new“ approach to general practice. Even in new premises there was a sad lack of flexibility and foresight in anticipating the evolution of a co-operative health team which would include nurses, health visitors and other para-medical assistants working together from a common centre.

Payne, E. M. M. *The number of items of general medical service provided by a general practitioner in one year - 1964.* (1966) *J. Coll. gen. Practit.* 12, 172-183.

The survey was performed in a small, urban N.H.S. practice, for one year, to obtain the number of items of general medical service provided per patient per annum. A crude and corrected figure was obtained separately for males and females. The significance of the difference between the crude and corrected figures, in each case, is discussed.

Sundberg, A. M. *Influencing prenatal behavior* (1966). *Amer. J. pub. Hlth.* 56, 1218-1225.

A description of the comprehensive maternity care program initiated by the Baltimore City Health Department. The parts played in this program by various personnel are discussed, with particular attention to the public health nurse. Needs in specific areas such as social service, health education, nutrition, and dental care are stressed. Evaluation has been planned and will be carried out.

Mental illness in general practice. (1966). *J. Coll. gen. Practit.* 12, 233-338.

Report of a symposium arranged by the Welsh Faculty of the College of General Practitioners for students of the Welsh National School of Medicine on 11 November 1964. A high proportion of patients seek advice from the general practitioner on account of mental ill health and its understanding is vital to the economy of the nation. Topics discussed: depression, senile mental illness and the neuroses.

Baker, J. W. *General or family practice a science?* (1966) *J. Coll. gen. Practit.* 12, 242-246.

The essay arises from thoughts stimulated by the College of General Practitioners report on vocational training for general practice. In medicine as a whole two things can be studied: 1 The occurrence and course of any disease within an individual or within a population. 2 The relationship of the doctor to the patient and patient to family within a

* Zie huisarts en wetenschap 9, 259.

situation of health and disease and the effect of disease upon these relationships and vice-versa. The second field of study is primarily the field of the family doctor, which by its nature few other doctors can cover.

Greenlick, M. R., A. V. Hurtado & E. W. Saward. *The objective measurement of the post-hospital needs of a known population.* (1966). *Amer. J. pub. Hlth.* 56, 1193-1198.

An exploratory study of a method for estimating the need for skilled nursing service in a population after discharge from hospital. The study design involved three stages: 1 development of criteria to measure physical condition and functional capacity; 2 evaluation of a probability sample of selected discharges; 3 analysis of these evaluations and the formulation of estimates of need in the population. Five dimensions of patient disability were outlined: mobility, continence, need for rehabilitative services, mental state and need for special procedures of equipment.

The over-all proportion of patients that exhibits no need for post-hospital nursing care was estimated to be 84 per cent. A high probability of need for this care was estimated for 7 per cent.

Philipsen, H. *Enkele aspecten van het stijgend ziekteverzuim. (II).* (1966) *Mens en Ondern.* 20, 280-291.

In dit vervolg-artikel behandelt de schrijver de beslissing om ziek te worden en de veranderde opvattingen over de verzuimzaak. Hij gaat in op de factoren die een rol spelen bij de verlaging van de ziektedempel, ontleend aan de indeling var. De Groot: verzuimzaak; verzuimgelegenheid en verzuimmogelijkheid; verzuimbehoefte. Aandacht wordt ook besteed aan de invloed, die veranderde opvattingen en gewoonten, welke verband houden met de gezondheidszorg, uitoefenen op het aantal aandoeningen en de ziektedempel.

Browne, K. & P. Freeling. *The doctor patient relationship. VII Family bonds.* (1966) *Practitioner* 197, 112-118.

The family doctor is often presented under the guise of physical or emotional illness, with problems in family relationships which have taken on a rigid pattern from which neither party to the difficulty can escape. With his special position of trust and of access to the family circle, he is in a unique position, shared by no specialist, to be able to understand and make the deeper diagnosis of the disordered relationship. In this situation, often in the process of diagnosis, he may be enabled to trigger a change in family conditioning which may have a profound impact on the subsequent emotional and consequently physical, health of all the family members.

Ingezonden

PSEUDOCROUP

Het overigens interessante artikel van collega Minkenhof over pseudocroup heeft bij mij enige vragen opgeroepen. Hij heeft het ziektebeeld weliswaar benaderd vanuit zijn grote ervaring met pseudocroup-patiëntjes, maar ook vanuit de gezichtshoek van een infectiedeskundige; daar het echter een larynxaandoening betreft, zou ik vanuit de laryngologische gezichtshoek bij zijn beschrijving enige opmerkingen willen maken.

1. Voor een beter begrip van het ziektebeeld pseudocroup lijkt het mij verstandiger het te beschouwen als een *syndroom*, namelijk als gevolg van subglottisch oedeem. (De epiglottitis vormt een apart ziektebeeld en kan, lijkt mij, beter niet gerekend worden tot de pseudocroup.) Uit de lange lijst van microorganismen gekweekt bij deze patiëntjes, zoals collega Minkenhof die vermeldt, blijkt reeds, dat het waarschijnlijk is, dat allerlei processen, die prikkeling geven met oedeem van het subglottische gebied, pseudocroup kunnen geven. Dit oedeem is een aspecifieke reactie op infectie (bacterieel of viraal), allergie, mechanische prikkeling of

een combinatie hiervan. Soms is de oorzaak onduidelijk: mogelijk ligt hij dan op biochemisch terrein (te kort aan Ca^{++} ?).

2. Bij de etiologie geeft collega Minkenhof geen verklaring van het feit dat pseudocroup bij kleine kinderen het meeste voorkomt. Deze verklaring is mijns inziens van groot belang voor beter begrip van dit ziektebeeld; hij wordt onder andere geleverd door twee feiten: ten eerste, dat dezelfde mate van oedeem in een kleine larynx eerder obstrucie geeft dan bij een grotere (het is immers een cellulair gebeuren, afhankelijk van de aard en niet van de uitgebreidheid van de weefsels); ten tweede dat het subglottische weefsel bij kleine kinderen een grotere neiging tot oedeemvorming heeft dan bij grotere kinderen en volwassenen.

3. Zijn deze patiënten inderdaad meer als besmettelijk te beschouwen dan vergelijkbare kinderen? Is het zeker dat bij pseudocroup-patiëntjes significant vaker de door collega Minkenhof vermelde microörganismen voorkomen dan bij andere, willekeurige, vergelijkbare kinderen?

4. Collega Minkenhof vermeldt „dat patiënten soms pas ziekteverschijnselen gaan vertonen wanneer de doorsnede van het strottenhoofd is verminderd tot 0,5 mm²“. Dit is voor mij onbegrijpelijk. Bedoelt hij misschien de doorsnede van het *lumen* van het strottenhoofd? Zo ja, dan zou er eigenlijk bij vermeld moeten zijn of deze oppervlakte gemeten was tijdens inspiratie of tijdens exspiratie, daar de grootte van deze oppervlakte sterk varieert met de ademhalingsfase; en verder voor welke leeftijd dit geldt. Ik waag het echter te bewijfelen of deze waarneming juist is, zelfs indien collega Minkenhof bedoelt de doorsnede van het lumen van de larynx bij een neonatus tijdens inspiratie, daar dit oppervlak volgens mij veel te klein is om geen ziekteverschijnselen te weeg te brengen, zoals hij stelt. Wat hij mogelijk bedoelde te zeggen, is dat nog een redelijke oxygenatie mogelijk is als de breedte van de subglottische spleet nog slechts 1 mm of misschien zelfs minder bedraagt.

5. Ik zie geen duidelijk verband tussen voortduren van de stridor en het optreden van een pneumonie.

6. Bij de differentiële diagnose vermeldt collega Minkenhof onder „stencserende larynxziektes“ een aantal afwijkingen van organen die ik nog nooit in de larynx heb aangetroffen: adenoid, bronchi, trachea en mediastinale klieren. Wat verder de differentiële diagnose betreft: ik geloof niet, dat neuspassagestoornissen zoals bij adenoiditis een medicus zouden doen denken aan pseudo-croup (overigens lijkt mij de diagnose adenoiditis bij een baby gemakkelijker te stellen door middel van de neuspassagestoornis dan door het constateren van een gesloten neusspraak, zoals collega Minkenhof dit doet.) Bij een retrofaryngeal abces wordt niet de larynx ten opzichte van de oesophagus naar voren verplaatst, maar beide worden ten opzichte van de wervelkolom naar voren verplaatst. Polyposis van de stembanden komt, voor zover mij bekend, bij kleine kinderen niet voor; waarschijnlijk bedoelt collega Minkenhof papillomatosis. Tenslotte mis ik bij de differentiële diagnose de stembandverlammingen.

7. Het negatieve advies van collega Minkenhof wat betreft het gebruik van antibiotica en corticosteroiden lijkt mij wel wat erg apodictisch. Niet alleen zien veel Nederlandse artsen (post aut propter: statistieken ontbreken) goede resultaten van deze medicamenten, maar ook in de literatuur zijn veel auteurs te vinden die beide wel aanraden, bijvoorbeeld genoemd in het nieuwe Duitse handboek voor keel-neus-oorkrankten (H.N.O.-Heilkunde van Berendes c.s., Band II, deel 2, pagina 867).

8. Na deze cmtboezemingen wil collega Minkenhof mij misschien vergeven dat ik nog op vier kleine slakjes zout leg, daar de reden hiervoor waarschijnlijk bij de zetter te vinden is. Chevalier was de voornaam van de oude professor Jackson: tussen beide namen hoort dus geen streepje. Bij een tracheotomie wordt altijd meer dan één tracheairing gespleten. Laryngologen spreken van „decanulatie“ en niet

van „decanulatisatie“. Ten slotte: de titel van het artikel maakte de indruk een nieuw ziektebeeld te onthullen: er stond pseudocroup*.

Amsterdam, 26 september 1966

J. Wind, arts

* De redactiecommissie biedt collega Minkenhof en de lezer haar verontschuldiging aan voor deze storende drukfout.

Van de hem geboden gelegenheid tot commentaar op bovenstaande beschouwing zal collega Minkenhof geen gebruik maken (red.).

VROEGGEBORENEN

Over het artikel „Vroeggeborenen“ — (1966) huisarts en wetenschap 9, 181 — zou ik graag een opmerking maken. De gecursiveerde definitie op pagina 182 bevat een contradictie. De limiet van 37 weken zou met 259 dagen overeenkomen, tenzij men onder „minder dan 37 weken“ wil verstaan vóór het begin van de 37e week.

36	37	38	39	40	weken
36e	37e	38e	39e	40e	
252	259	dagen			week

Wanneer dit laatste bedoeld is zouden echter de cijfers van de tabellen niet kloppen met het volgens de definitie gevonden aantal prematurity. Blijkbaar is dus toch de leeftijd van 259 dagen als grens van praematuritas genomen.

Als tweede punt mag ik misschien opmerken dat uit dit bijzonder aardige materiaal ook enige interessante gegevens zijn te verkrijgen omtrent een groep at-risk kinderen, waarvoor de laatste tijd in de literatuur belangstelling bestaat: de dysmature kinderen*.

Uit tabel I kan men namelijk door aftrekking van regel f van regel a de getalgegevens verkrijgen van de matu geboren met een gewicht minder dan 2500 gram. (Het aantal is dan iets te klein doordat de als 2500 gram geboekte kinderen in deze getalbewerking bij de normalen werden gerekend).

Wij vinden dan het volgende:

	Aantal Perinatale sterfte		
a. Geboortegewicht .			
< 2500 gram	342	24,3%	= 83
f. Geboortegewicht			
< 2500 gram en zwangerschapsduur			
< 37 weken	197	33,5%	= 66

Zwangerschap ≥ 37 weken,
maar geboortegewicht
< 2500 gram

145 17

Er zijn dan twee wetenswaardige gegevens over deze „low weight for age“ groep:

De frequentie van vóórkomende $\frac{145}{9569} = 1,5\%$

De perinatale sterfte van $\frac{17}{145} = \text{ongeveer } 12\%$

Het laatste getal is uiteraard een grote benadering: 95% betrouwbaarheidsgrenzen 7-18%.

In vergelijking met het Nederlandse cijfer voor perinatale sterfte van 2,5 procent is niettemin duidelijk dat er in deze groep een belangrijk verhoogd risico bestaat.

* Low birthweight (1966) Lancet I, 587.
Small for dates (1966) Lancet I, 1309.

Assen, 22 september 1966

H. Bottema

Terecht maakte collega Bottema ons attent op een storende fout. Als grens voor prematuriteit hebben wij 37 weken aan-

gehouden. Dit is 259 en niet 252 dagen na het begin van de laatste menstruatie. De strekking van het artikel verandert door deze fout dus niet.

De aftreksom, die collega Bottema maakt, is toelaatbaar. Mogelijk kunnen wij hem van dienst zijn door de volgende specificatie te verstrekken.

Kinderen met een geboortegewicht beneden 2500 gram, geboren na een zwangerschap van meer dan 37 weken.

Einde zwanger-schap	Eerstgeborenen		Latergeborenen	
	aantal	waarvan perinataal overleden	aantal	waarvan perinataal overleden
38e week	12	—	14	4
39e week	13	1	25	4
40e week en later ...	44	5	37	3
Totaal	69	6	76	11

Werkgroep: Verloskunde van de huisarts

Berichten

ACHTSTE INTERNATIONALE CONGRES VOOR HUISARTSGENEESKUNDE

In september 1959 kwamen in Wenen enige wetenschappelijk geïnteresseerde „Praktische Ärzte” (Engels: general practitioners; Frans: médecins de famille of praticiens de médecine générale; Nederlands: huisartsen) bijeen en richtten daar op het „Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin”. In 1960 voegde dit genootschap de term internationaal toe aan zijn naam. Tussen 1962 en 1964 vormde het binnen zijn genootschap negen studiegroepen: wetenschappelijk onderzoek (intern en extern); literatuur; praktijkvoering; casuïstiek; systematiek; statistiek en documentatie, preventieve-, sociale- en sportgeneeskunde; genetica en eugenetica; niet-klinische geneesmethoden. In 1964 veranderde het genootschap van naam en noemde zich het „Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin” (international college of medical practice, collège international de médecine général). Het houdt jaarlijks in september te Salzburg een congres: het „Internationaler Kongress für Allgemeinmedizin”. Het gaat uit van de gedachte dat binnen het raam van de geneeskunde als totaliteit, de algemene geneeskunde een onmisbaar speciaal-gebied vormt. Het Genootschap staat onder de directe leiding van Dr. Fritz Geiger (Oostenrijk) en van Dr. Kurt Engelmeyer (West-Duitsland).

Hoewel dit Genootschap zich een zeer internationale allure aanneemt, moet men, gezien de samenstelling van het bestuur en de herkomst van het overgrote deel der leden, het kenmerken als een groepering van „Praktische Ärzte” in de duitsprekende westers georiënteerde landen (Oostenrijk, West-Duitsland en Zwitserland). De daar aanwezige problematiek ten aanzien van de beroepsuitoefening en met betrekking tot de status ten opzichte van de „Fachärzte” vormen dan ook de ondertoon van het jaarlijkse congres. Men verkeert nog in het stadium van praten en organisatiedrang, doch tot een duidelijk richting geven aan gedachten en woorden en tot een institutie daarvan is men nog niet kunnen komen.

Geen wonder dan ook dat dit congres, dat dit jaar van 15-18 september in Salzburg werd gehouden, de toehoorders een „sample at random” van gedachten en onderzoeken aanbood, hetgeen bij ons als nuchtere delta-bewoners de vraag oproep: „wat kopen wij daarvoor”. De voordracht van Prof. Dr. J. C. van Es over de wetenschappelijke betekenis van het Nederlands Huisartsen-Instituut was dan ook de enige voordracht waaruit bleek dat de door het Gesellschaft in 1959 aangekondigde „Renaissance des wissenschaftlichen Geistes unter die Allgemeinpraktiker” inderdaad inhoud gegeven en zichtbaar gemaakt kan worden.

A. E. N. de Vries

VERSLAG VAN EEN CURSUS GERIATRIE VOOR HUISARTSEN

De cursus geriatrie voor huisartsen, die van 22 tot en met 24 september 1966 werd gehouden, was de vierde in de reeks, georganiseerd door het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum en het Nederlands Huisartsen-Instituut te Utrecht in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bejaardenzorg en de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie.

Op de eerste dag, doorgebracht in het N.H.I. te Utrecht, stonden de sociaal-medische aspecten van de bejaardenzorg op de voorgrond. Na de opening door Van Es en Brouwer behandelde Schreuder het open bejaardenwerk, omvattende de extramurale zorg voor bejaarden. „Houdt de mensen uit bed, houdt hen valide, houdt hen buiten de muren van verzorgings-, verpleeg- en ziekeninrichtingen”, een thema dat in vele variaties gedurende deze cursus terugkwam, werd hier op kernachtige wijze geëxposeerd.

Fuldauer gaf verslag van een bejaardenonderzoek in zijn huisartspraktijk. Een volledig periodiek onderzoek blijkt niet wel uitvoerbaar; hij gaf een bruikbaar schema voor een beknopt gericht onderzoek. Kwantitatieve gegevens, verkregen bij het T.N.O.-onderzoek van bejaarden van enkele jaren geleden, werden getoond door Van Zonneveld. De veranderde opbouw van de bevolkingspyramide in de laatste decenniën door een sterke toename van het aantal ouderen kwam duidelijk tot uiting. Het percentage Nederlanders boven 65 jaar is nu 10 en zal in de komende jaren vermoedelijk stijgen tot 12, rond welk getal het in buurlanden reeds ligt. Nederland is nog een jeugdiland.

De heer W. Kweksilber, hoofd van de Sociaal-Culturele Afdeling van de Gemeente Amsterdam, vertelde hoe men bejaarden geestelijk actief kan houden door middel van club- en groepswerk, waarbij wordt uitgegaan van onderwerpen, welke direct aansluiten bij reeds bestaande interesses.

’s Middags sprak Van Westreenen over „Gemiste mogelijkheden thuis” en daarna Deever over „Onmogelijkheden thuis”. De laatste deed een aanval op de zogenoemde „friendly visiting”, omdat dit het vroege opsporen van zich ontwikkelende, mogelijk invaliderende, afwijkingen eerder belemmert dan bevordert. De voordracht van Van Westreenen bevatte een duidelijk voorbeeld hiervan.

Was ’s morgens reeds door Schreuder gesteld, dat veelal de verkeerde mensen in verzorgingstehuizen zitten, namelijk mensen die nog geen hulp van node hebben, de geluidsband met de voordracht van Bakker, directeur van de Gemeentelijke Stichting Huisvesting Bejaarden te Utrecht, die verhindert was persoonlijk aanwezig te zijn, liet horen, welke moeilijkheden daarvan het gevolg zijn voor de plaatsing van bejaarden, die deze hulp wel behoeven. Een puntenstelsel, waarbij sociale, medische en persoonlijke omstandigheden (elk in drie urgenties) zijn verdisconteerd, is een belangrijke stap op de weg naar rechtvaardige verdeling van beschikbare plaatsen en verdient navolging.

Meijffrouw A. M. Wilschut, maatschappelijk werkster van Zonnestraal, besprak tot slot van deze dag de procedure gevolgd bij opname (en ontslag) in dit ziekenhuis.

De volgende dag kwam men, evenals de laatste dag, bijeen in het ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum, waar Schreuder sprak over chronische ziekten bij bejaarden. De multipele pathologie, de afwijkende symptomatologie, het idee dat veel klachten „wel bij de oude dag zullen horen” en de veelal insufficiënte voeding van bejaarden zijn enkele punten die hierbij ter sprake kwamen.

Een besprekking van een patiënt door huisarts, maatschappelijk werkster en internist vormde een fraaie illustratie van vele op deze cursus besproken onderwerpen. Een oude vrouw, die een apoplexie krijgt, opgenomen en gerevalideerd wordt in Zonnestraal, bij thuiskomst teveel door de omgeving wordt verwend; na de dood van haar echtgenoot een probleem gaat vormen in het gezin van haar dochter; de huisarts die wat te snel geneigd is te decreteren, dat zij niet alleen mag wonen, terwijl dit tenslotte toch mogelijk blijft met hulp en door samenwerking van diverse maatschappelijke instanties; de communicatiemoeilijkheden tussen ziekenhuis en huisarts, tussen huisarts en familie van patiënt, het kwam alles goed tot uiting.