

Van alle patiënten werd arterieel bloed verkregen uit de arteria brachialis of femoralis ter bepaling van de O₂-verzadiging, CO₂-spanning, pH en bicarbonaatgehalte. Voor langdurige bepalingen werd een teflonkatheter in de arteria brachialis ingebracht. Tevens werd de uitademingslucht geanalyseerd. Uitgebreid wordt de technische uitvoering besproken. De O₂-verzadiging viel alleen in de eerste groep binnen de norm, maar zelfs in deze groep was de gemiddelde zuurstofspanning lager dan normaal en de alveolaire-arteriële gradiënt (verschil tussen de O₂-spanning in de alveolen en de longader) toegenomen. Zoals te verwachten, waren de veranderingen groter bij shock (groep 2) en longoedeem (groep 4) en was de arteriële zuurstofverzadiging lager. De ongunstigste uitslagen werden gevonden bij de patiënten met shock en longoedeem (groep 3). De gemiddelde CO₂-spanningen van de vier groepen vielen nog binnen het normale of iets hieronder. De gemiddelde waarden van de pH en het bicarbonaatgehalte waren normaal. Slechts enkele shockpatiënten vertoonden een verlaging van deze waarden.

Uit analyse van de geëxpireerde lucht werd geconcludeerd, dat de fysiologische dode ruimte bij het merendeel der patiënten was vergroot. Toediening van 100 procent zuurstof gaf bij alle patiënten, behalve zeven, een verhoging van de O₂-spanning in het arteriële bloed. Wanneer de arteriële zuurstofverzadiging minder dan 90 procent bedroeg, gaf een intraveneus toegediend snelwerkend diureticum, na vier uur een significante stijging hiervan te zien en vertoonde de alveolaire-arteriële gradiënt een daling.

In de bespreking van de bevindingen wijzen de auteurs erop, dat het niet zo verwonderlijk is dat longoedeem zo'n frequente complicatie van het myocardinfarct is (57 van 73 onderzochte patiënten, 78 procent). Lee had in 1957 reeds vastgesteld dat een verhoging in de centrale veneuze druk een normaal verschijnsel was bij het acute infarct; een verhoging van de pulmonale veneuze druk moet dan ook als een nog normaler verschijnsel worden beschouwd, aangezien de linker ventrikel de voorkeurslokalisatie is van het infarct. Hoe het ook zij, uit het onderzoek is wel gebleken dat het longoedeem een belangrijke belemmering vormt voor het normale oxygenatieproces. De bij het onderzoek gevonden toename van de fysiologische dode ruimte verklaren de auteurs met de hypothese dat bepaalde geventileerde alveoli niet worden doorbloed. De ongunstige invloed van deze twee factoren kan door toediening van 100 procent zuurstof worden verminderd. Dat de gunstige invloed hiervan op de arteriële zuurstofspanning bij enkele patiënten slechts gering was, verklaren de auteurs door te veronderstellen dat bepaalde alveolaire ruimten wel doorbloed, maar niet worden geventileerd bij deze patiënten, dus het tegengestelde van bovenbeschreven hypothese.

De normale hypoxemie bij het myocardinfarct vindt een „symptomatische” verbetering bij de zuurstoftherapie en een meer „fundamentele” door het diureticum. Een belangrijk facet van het onderzoek was ook de bevinding dat de patiënten die overleden, een significant grotere arteriële hypoxemie hadden dan de overlevenden. De gemiddelde O₂-spanning van de eerste categorie 52 mm met een O₂-verzadiging van 83 procent, tegenover respectievelijk 63 mm en 89 procent bij de tweede. Van de 23 patiënten met een O₂-verzadiging van minder dan 85 procent overleed 56 procent en van de patiënten met een O₂-verzadiging van boven de 85 procent overleed 19 procent. De ernstige hypoxemie is weliswaar een teken van de grote ernst van het eraan ten grondslag liggende ziekteproces, maar kan ook een belangrijke steen bijgedragen in de fatale afloop hiervan. In een leading article in hetzelfde blad wordt hierop aangehaakt door erop te wijzen dat rondom een geïnfarceerd gebied een zone ligt waar de oxygenatie kritiek is. Een goede arteriële oxygenatietoestand kan een fatale toestand mogelijk afwenden zoals ritme-stoornissen (ventrikelfibrillatie).

C. H. Bowles

66-13. Suppression of lactation. *MacDonald, D. en K. O'Driscoll.* (1965) *Lancet II*, 623.

Algemeen wordt aangenomen dat oestrogenen een remmende invloed uitoefenen op de zogsecretie. De schrijvers hebben

vijfhonderd moeders, die niet zelf hun baby wilden zogen, alternerend behandeld met vijf milligram stilboestrol 's morgens en 's avonds of met een tablet glucose op dezelfde tijden. De patiënten, de artsen en de verpleegsters wisten niet, welke tabletten werden gegeven tot na de statistische analyse van de gegevens. De vrouwen bleven gemiddeld vijf dagen post partum in het ziekenhuis. Van de 250 vrouwen behandeld met stilboestrol hadden 237 geen klachten over stuwung; van de even grote placebo-groep bleven 223 zonder bezwaren. Dit verschil is niet significant. Als criterium werden alleen de subjectieve klachten geregistreerd.

Om ongewenste lactatie te voorkomen werkt een placebo bijna net even goed, als tien milligram stilboestrol per dag. Na dit experiment gebruikten de schrijvers voor onderdrukking van de zogsecretie bij zeventuizend vrouwen geen medicamenten, behalve nu en dan een licht analgeticum.

N. Bessem

66-14. Die Schlaflosigkeit. *Wüscher, H. en M. Bleuler* (1966) *Schweiz. med. Wschr.* 96, 16.

Bleuler bespreekt vanuit de kliniek de essentiële slapeloosheid, welke dus niet wordt veroorzaakt door lichamelijke of geestelijke afwijkingen. Hij schetst hoever de moderne mens kan zijn verwijderd van het oerprincipe van de slaap: het zich geborgen voelen en ontspannen zijn. De meest causale behandeling van de slapeloosheid zou psychotherapie zijn, welke de huisarts zou behoren te geven. Het vergt geneeskunst niet direct een recept te schrijven. Gewenning en verslaving aan slaappmiddelen zijn nog moeizamer te genezen dan de slapeloosheid zelf. Bleuler schrijft liever fysieke therapie in zijn eenvoudigste vorm voor: wandelen, sport, massage en wisselbaden.

Vervolgens geeft de huisarts Wüscher zijn mening weer. Volgens hem zien wij slapeloosheid vrijwel altijd als een klacht uit een groep van klachten. Het frequentste zien wij de slapeloosheid van de oude mensen, veroorzaakt door sclerose of een latente of manifeste hartinsufficiëntie of door beide tezamen. Een tweede groep wordt gevormd door de neurovegetatieve dystonie. Volgens Wüscher is de moderne mens te weinig lichamelijk en geestelijk vermoeid wanneer hij wil gaan slapen. Een stille omgeving zou niet zo belangrijk zijn. Om de patiënt te helpen is een luisterend oor al veel waard. Moet men uiteindelijk toch medicamenteuze therapie toepassen, waarschuw de patiënt dan dat dit niet het enige en belangrijkste middel is en zeker niet blijvend mag worden gebruikt. Men kan bijvoorbeeld overdag een mild sedativum geven, opdat de patiënt 's avonds reeds voor het slapen rustiger is. Indien men een slaappmiddel voorschrijft, dient men dit niet nonchalant te doen, maar met een voor de patiënt indrukwekkende zorgvuldigheid wat betreft tijdstip en wijze van innemen. Psychofarmaca hebben het bezwaar niet altijd gelijkmatig te werken en reeds in een kleine dosis overdag slaperig te maken, terwijl ze bij de essentiële slapeloosheid vaak falen. Bij de oude arteriosclerotische mens met zijn vaak omgekeerd dag-nacht-ritme, bij wie barbituurzurenpreparaten vaak tegengesteld werken, valt chloralhydraat te proberen.

M. Sanders

Boekbesprekingen

J. Zeldenrust. Gerechtelijke Geneeskunde. Deel 9 van de Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden, 1966; 289 bladzijden, prijs f 35,—; bij abonnement op gehele serie f 27,50.

In dit boekje bespreekt de auteur in een vijftiental hoofdstukken de belangrijkste onderwerpen uit de gerechtelijke geneeskunde. Hierbij wordt vooral datgene wat uit forensisch oogpunt belangwekkend is naar voren gebracht, terwijl op de zuiver medische facetten minder uitvoerig wordt ingegaan. Uit de gehele inhoud blijkt de grote ervaring en deskundigheid van de schrijver als gerechtelijk

geneeskundige. Steeds weer wijst hij aan de hand van vele voorbeelden op het gevaar van het te snel trekken van conclusies uit enkele bevindingen en op het belang van een zo volledig mogelijk onderzoek met zeer voorzichtig geformuleerde uitspraken. Zowel de juridische achtergronden en consequenties als de algemeen menselijke aspecten worden duidelijk belicht.

Voor de huisarts, die als behandelend arts of gemeentelijke lijkschouwer gemakkelijk in aanraking kan komen met de vele voetangels en klemmen op het gebied van de gerechtelijke geneeskunde en met name regelmatig geconfronteerd kan worden met de vraag of er sprake is van een natuurlijke of onnatuurlijke dood, is dit boek, geschreven door een deskundige bij uitstek, zeer zeker aan te bevelen.

C. R. P. Barneveld

J. Winkler Prins. Huisarts en patiënt. Academisch proefschrift. Uitgave J. A. Boom en Zn., Meppel 1966; 242 bladzijden.

Het proefschrift waarop de socioloog Dr. J. Winkler Prins aan de V.U. te Amsterdam promoveerde bevat de resultaten van een empirisch-sociologisch onderzoek naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld over de huisarts.

Het eerste deel van het boek, ruim 100 pagina's, wijdt de onderzoeker achtereenvolgens aan beschouwingen omtrent de maatschappelijke ontwikkeling van het huisartsenberoep, de sociologische aspecten van de relatie tussen arts en patiënt en aan verbanden tussen woongebied en het beeld over de huisarts.

Vervolgens formuleert hij de probleemstelling voor zijn „veldonderzoek” dat in Amsterdam en drie plattelandsgemeenten werd uitgevoerd. In Amsterdam werden 198 respondenten in het onderzoek betrokken; in de drie andere gemeenten elk 100 respondenten. Empirisch heeft de onderzoeker getracht na te gaan of er verband bestaat tussen de binding die mensen met hun omgeving hebben en hun beeld over de huisarts. Een viertal facetten in de realiteit tussen huisarts en patiënt werd aan de orde gesteld, te weten:

a de mate waarin men de huisarts ziet als een figuur die in zijn gedrag tegenover de patiënt blijkt geeft van een zeker persoonlijk erbij betrokken zijn: „de persoonlijke band”;

b de mate waarin men kritisch staat ten opzichte van het professionele handelen van de huisarts: „de kritische instelling”;

c de voorkeur die men heeft voor persoonlijke kwaliteiten van de (ideale) huisarts, dan wel voor eigenschappen die duidelijk betrekking hebben op het beroepsmatig handelen van de dokter: „het personale dan wel functionele artsenbeeld”;

d de breedte van het veld waarop men van de huisarts deskundigheid verlangt waarvoor deze geen specifieke opleiding heeft ontvangen: „de verwachte functiebreedte”.

De onderzoeker heeft de persoonlijke band van de patiënten met hun huisarts en hun kritische instelling ten aanzien van zijn beroepshandelen door middel van een zogenaamde Guttman Scale bepaald. Het personale dan wel functionele artsenbeeld en de verwachte functiebreedte werden op andere wijze bepaald.

De resultaten van onderzoek. Tussen stad en platteland bestaat geen verschil wat betreft de persoonlijke band met de huisarts, de kritische instelling en de voorkeur voor bepaalde eigenschappen van de ideale huisarts. Wel verschilt de verwachte functiebreedte; deze is ten plattelande groter. Winkler Prins verklaart dit uit het feit dat de huisarts op het platteland veelal de enige is waartoe men zich ter plaatse kan wenden bij moeilijkheden op sociaal en psychisch gebied.

In de tweede plaats werd nagegaan of er een verband bestaat tussen de maatschappelijke betrekkingen die de respondenten onderhouden en hun beeld over de huisarts. De maatschappelijke betrekkingen werden daartoe onderverdeeld in zeer persoonlijke, informele en formele relaties.

Het bleek dat noch de persoonlijke noch de formele relaties die patiënten met hun omgeving plegen te onderhouden van invloed zijn op het beeld dat zij hebben van de huisarts. In de stad hebben vooral de informele betrekkingen betekenis voor het beeld over de dokter. De informatie die men opdoet uit een omvangrijke reeks van informele contacten leidt er blijkbaar toe dat de stadsbewoner van de huisarts een breed veld van randmedische deskundigheden verlangt. Stadsbewoners met weinig informele contacten verwachten dat de relatie met de huisarts evenals vrijwel al hun relaties ook een zakelijk karakter zal dragen. Voor de plattelandse geldt dit niet of in mindere mate. De informele omgang behoort er nu eenmaal duidelijk tot het algemene levenspatroon.

Buiten deze, meer abstract getinte, verbanden tussen onderhouden relaties en het beeld over de huisarts, wijst Winkler Prins bovendien nog op een aantal andersoortige verbanden. Zo constateert hij dat mensen met een brede functieverwachting ten aanzien van de huisarts frequenter tot gezinnen behoren waarin men vaak met ziekte te kampen heeft. In gezinnen waar een intensief contact met de huisarts bestaat, geeft men vaker de voorkeur aan persoonlijke eigenschappen van de ideale huisarts. Jongeren hebben vaker voorkeur voor de persoonlijke kwaliteiten van de ideale huisarts. Respondenten uit een gezin met een producerend karakter (vooral boeren) vertonen vaker voorkeur voor de functionele kwaliteiten van de ideale huisarts dan respondenten uit niet zelf producerende gezinnen. Vrouwen vertonen vaker voorkeur voor de persoonlijke kwaliteiten van de huisarts dan mannen; bovendien lezen zij meer boeken over medische problemen dan mannen.

Na deze objectieve beschouwingen enige subjectieve opmerkingen over dit proefschrift. Winkler Prins geeft zijn proefschrift de titel „Huisarts en Patiënt”, doch in zijn hele werk distantieert hij zich met opzet van de patiënt in de ware zin van het woord, dus „de zieke mens”. Zijn onderzoek verricht hij onder gezonde mensen die hij ondervraagt onder andere omtrent de door hen gewenste relatie met de ideale huisarts. Hoewel de arts-patiënt-relatie vooral door huisartsen nogal eens overtrokken pleegt te worden, meen ik toch dat het onjuist is de categorie mensen die werkelijk als patiënt contact hebben met de huisarts, buiten beschouwing te laten. Dit omdat de relatie met de zieke mens en vooral de langdurig zieke mens (hetzij somatisch, psychisch of sociaal) een duidelijk ander karakter draagt. Het ware mijns inziens zinvol geweest ook zieke mensen in het onderzoek te betrekken.

Naast deze algemene opmerking nog een opmerking over een detail. Het komt mij voor dat de schrijver de begrippen kritische instelling, kritiek en beeldvorming enigszins verward gebruikt. De schrijver heeft getracht door middel van een Guttman schaal de kritische instelling van de patiënt ten aanzien van de huisarts te meten. Kritische instelling is een begrip, dat geen intrinsieke, positieve of negatieve component bevat; dit in tegenstelling tot het begrip kritiek, dat wel duidelijk een negatieve component in zich heeft. Het is dan ook onjuist om bij het weergeven van de resultaten van onderzoek het begrip „kritische instelling” ad libitum te vervangen door het begrip „kritiek”. Bij lezen wordt alras duidelijk dat de schrijver eigenlijk bedoeld heeft „de kritiek” van de patiënt op de (hun) huisarts te meten. In dat geval is het voor discussie vatbaar of een item als „huisartsen verdienen meer geld dan ze waard zijn” wel in de schaal thuishoort. Het komt mij voor dat de onderzoeker hiermee eerder meet of de respondent zich al dan niet aan het heersende beeld over de huisarts heeft geconformeerd dan dat hij er mee de persoonlijke kritiek van de patiënt op zijn (de) huisarts meet.

Persoonlijk heeft dit proefschrift mij wat teleurgesteld, maar misschien waren de verwachtingen wat te hoog gespannen. Het is evenwel te loven dat Winkler Prins onderzoek verricht heeft op het braakliggende terrein „tussen huisarts en patiënt”. Moge met dit proefschrift de belangstelling gewekt zijn voor verder wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

Ir H. R. Pijlman