

date with new ideas and progressive techniques in the medical world. We should decide which ones we want to see and listen to and do so regularly. In this way education and information can be pleasantly, usefully and gratuitously obtained with resulting benefit to ourselves and our patients.

Menges, L. J. *Problemen rondom het asthma bronchiale.* (1966) *Ned. T. Psychol.* 21, 614-626.

Ook voor de psychologische benadering van het asthma bronchiale lijkt het van veel belang te komen tot een nadere differentiëring, zoals in dit artikel ten aanzien van atopisch en niet-atopisch astma is gebeurd. Ongetwijfeld spelen psychosociale factoren in beide ziektevormen een belangrijke, zij het wisselende rol. Het is tenslotte voor de psycholoog van grote waarde indien hij een open oog heeft voor het somatische aspect van het asthma bronchiale en hij aan psychosociale factoren noch een overdreven noch een generaliserende betekenis hecht. Elke individuele patiënt biedt in het mozaïek van zijn ziekte een beeld, waarin steeds somatische, psychische en sociale factoren tot een uniek patroon zijn samengevoegd.

Guralnick, L. *Some problems in the use of multiple causes of death.* (1966) *J.chron.Dis.* 19, 979-990.

An exploratory study of the problems in the development of multiple-cause data has been undertaken, based on a one-third sample of deaths in the United States in 1955. The study produced extensive tabulations of data useful in health programs and at the same time revealed clearly the fundamental research needed to develop a new series of mortality data based on all conditions related to health.

Aldrich, C. K. *Specialization and general practice.* (1966) *J. med. Educ.* 40, 844-849.

There is a need for a radical reappraisal of many of medicine's assumptions. Distasteful as it may be to surrender some of medicine's cherished prerogatives and patterns, planning with the possibility in mind of such a surrender may be essential in the interest both of patient welfare and of the maintenance of medically centered patient care. The evidence indicates that the present, older generation of community practitioners will not be replaced by recruits from medicine, that an alternative will be provided, and that if medicine does not take the leadership in structuring an alternative other group will.

It has been suggested in this paper that medicine begin to consider the support and encouragement of training and authority for professional substitutes for the diminishing general practitioner within the extended medical team. As a corollary it has been suggested that medicine consider revising its traditional pattern of medical education to combine specialty training with a selective rather than a comprehensive basic medical education.

Philipsen, H. *Enkele aspecten van het stijgend ziekteverzuim (III).* (1966) *Mens en Ondern.* 20, 342-351.

In dit derde artikel wordt over de verzuimgelegenheid, het „eigen risico” en het verzuimpatroon gesproken. In het kort wordt aandacht besteed aan drie vraagstukken die men onder het hoofd verzuimgelegenheid kan laten vallen: de controle bij ziekte en de organisatie van de gezondheidszorg; de conjunctuur, en de uitkeringsvoorwaarden. Er valt uit af te leiden dat de toename van het ziekteverzuim zeker voor een deel is terug te voeren op factoren met betrekking tot de verzuimgelegenheid.

Steele, S. J. *Family-planning advice after abortion.* (1966) *Lancet* II, 742-743.

The need for energetic action to reduce the number of unwanted pregnancies is urgent. With the patient easily accessible in hospital and particularly receptive to family-planning advice after an abortion, there is offered an opportunity to practise preventive medicine. Clinics should be provided in, or near, as many hospitals as possible, for the only hope of reducing the number of abortions significantly is to offer these patients the knowledge and means to practise effective birth control.

Uit het N.H.I

VIJFDE ORIËNTATIECURSUS VOOR AANSTAANDE HUISARTSEN

De vijfde oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen zal worden gehouden op de vrijdagen 17 en 24 februari, 3, 10, 17 en 31 maart en 7, 14, 21 en 28 april 1967 in het Nederlands Huisartsen-Instituut. De cursussen zijn steeds van 15.30 tot 21 uur met tussentijds een broodmaaltijd. Het programma is als volgt:

Vrijdag 17 februari: Opening en kennismaking; financiële aspecten I; de huisarts in de huidige samenleving; het praktijkhuis; de praktijkruimte I.

Vrijdag 24 februari: Financiële aspecten II; medische administratie; praktijkvoering I; het gezin; ziekte en gezin.

Vrijdag 3 maart: Financieel beleid; ziekenfondswezen; diagnostiek I; praktijkvoering II.

Vrijdag 10 maart: Laboratorium; financiële administratie; intercollegiale samenwerking; diagnostiek II.

Vrijdag 17 maart: Verzekeringen; diagnostiek III; de praktijkruimte II; instrumentarium.

Vrijdag 31 maart: Groepspraktijken; de wijkverpleegster; gespreksanalyse I; therapie I; receptuur.

Vrijdag 7 april: De apotheek van de huisarts; gespreksanalyse II; therapie II; de huisarts en de geestelijke verzorging van zijn patiënten.

Vrijdag 14 april: Sterilisatie van instrumenten; gespreksanalyse III; preventief geneeskundige werkzaamheden; de huisarts en de geestelijke verzorging van zijn patiënten.

Vrijdag 21 april: Het verwijzen; het leiden van C.B.'s voor zuigelingen en kleuters; de arts in verenigingsverband; de maatschappelijke werker.

Vrijdag 28 april: Voorlichting aan patiënten; wetenschappelijk onderzoek en het hanteren van medische literatuur; evaluatie.

Aanmelding kan geschieden bij mevrouw E. de Wal-Wolf, N.H.I., Mariahoek 4, Utrecht, telefoon: 030-19946. Het cursusgeld (f 40,— voor N.H.G.-leden; f 75,— voor niet-leden, broodmaaltijden inbegrepen) kan worden gestort op postgiro 394072 ten name van het N.H.I. onder vermelding „deelname vijfde oriëntatiecursus”.

* * *

Het N.H.G. en het Nederlands Huisartsen Instituut hopen van harte, dat het positieve beleid ten opzichte van de huisarts ook door een volgende regering zal worden gehandhaafd. In elk geval prijkt op de begroting 1967 een bedrag ten behoeve van het Nederlands Huisartsen Instituut dat overeenkomt met het door het bestuur gevraagde bedrag. Dit is uitermate verheugend! Het betekent dat wij ons werk kunnen voortzetten en enkele nieuwe activiteiten kunnen ondernemen.

Nieuwe activiteiten vragen meer ruimte. Wij groeien al uit de Mariahoek. Aan te stellen nieuwe functionarissen kunnen niet goed meer worden ondergebracht. Daarom hebben wij veel moeite gedaan een dependance te verwerven. Uiteindelijk zijn wij daarin geslaagd: met ingang van 1 oktober hebben wij het pand Moreelsepark 9 kunnen huren. Dit is een huis dat uiteindelijk voor afbraak is bestemd — het valt binnen het ambitieuze plan Hoog-Catharijne van de gemeente Utrecht — maar wij kunnen er in elk geval nog wel vijf jaar van gebruik maken. Op de parterre zal een vergader-/lesruimte komen, welke groter is dan de bibliotheek van het N.H.I. Op de tweede etage bevinden zich vier kamers, waar vijf tot zes medewerkers hun domicilie kunnen vinden. De eerste etage zal worden verhuurd aan de nieuwe Stichting Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (G.V.O.), waarvan collega W. P. Woudenberg directeur is. Wij hopen dat het

buurmanschap aanleiding is tot een goede samenwerking, welke in de toekomst voor beide partijen nuttig kan zijn. Voorts geeft een zolder misschien nog een uitwijkmogelijkheid terwijl een grote kelder veel archiefruimte biedt. Het verheugt ons zeer, dat wij een dependance hebben kunnen vinden, welke slechts ongeveer tweehonderd meter van het N.H.I. ligt. Dit zal de communicatie ongetwijfeld ten goede komen. Beide huizen zullen door de huistelefoon zijn verbonden, zodat alle gesprekken via de centrale telefoon zullen blijven lopen. Wij verwachten dat de dependance omstreeks 1 januari aanstaande zal kunnen worden betrokken.

Berichten

STUDIEDAG 1966 COMMISSIE VOOR DE ARTSENCURSUS ROTTERDAM

Traditiegetrouw was op de eerste zaterdag in november door de Commissie voor de Artsencursus in Rotterdam een studiedag georganiseerd in het gastvrije Dijkzigt-Ziekenhuis. Onder de ongeveer 200 deelnemers telde men vele huisartsen, maar ook specialisten en controlerend geneeskundigen uit alle delen van het land.

Dr. W. H. Birkenhäger opende de rij van sprekers met een voordracht over gebruik en misbruik — in de zin van verkeerd gebruik — van diuretica. Afgezien van andere, de diurese bevorderende maatregelen kent men tegenwoordig een reeks stoffen, die direct op de niertubuli werken. De te behandelen patiënten onderscheiden zich naar het al dan niet bestaan van oedeem. Men zij voorzichtig: men behandelde het oedeem nadat men weet waardoor dit wordt veroorzaakt! Decompensatio cordis is een goede indicatie, waarbij opgemerkt dient dat de vorm met ernstige hartspierbeschadiging het meest is gebaat met een osmotisch diureticum. Ook de niet cardiale oedemen (hypoalbuminemie en veneuze obstructie, zoals bijvoorbeeld ascites door levercirrose) kan men met diuretica behandelen. Is er een stoornis in de glomerulusfiltratie dan moet men uiteraard geen diuretica gebruiken. Van de patiënten zonder oedeem komen vooral de hypertensieelidiers in aanmerking.

Vervolgens besprak inleider de fysiologie van het nefron en de aangrijpingspunten van de diverse diuretica op dat nefron. Veel is nog onbekend, maar wij weten dat acetazolamide (Diamox), spironolacton en triamterene voornamelijk werken op de distale tubulus. Furseמידe (Lasix) en ethacrynezuur (Edecrin) grijpen onder andere aan op het opstijgende deel van de lis van Henle, terwijl de kwikdiuretica zowel in de proximale als distale tubulus de permeabiliteit voor NaCl verhogen, waardoor de Na-pomp daar ter plaatse niet effectief meer werkt. Men hoede zich voor een hypochloremische alkalose (NH₄Cl of CaCl₂ toevoegen), die weliswaar bij de kwikdiuretica een einde maakt aan de werkzaamheid, maar niet bij de thiaziden en fursemide. Voorlopig is het nog het soort patiënt dat ons leidt bij de keuze van diureticum zoals: bestaat er diabetes, levercirrose, heeft patiënt digitalis? Tenslotte zijn veranderingen in de diurese, het lichaamsgewicht, graad van dyspnoe, centraal veneuze druk, circulatietijd, arteriële druk en de thoraxfoto criteria voor de werkzaamheid van een diureticum. Slaat de therapie niet aan, dan bepale men eerst nierfunctie en elektrolyten, alvorens zo maar een ander middel te gaan gebruiken.

Over gebruik en misbruik (is zowel verkeerd gebruik als echt misbruik = addictie) van psychofarmaca sprak vervolgens Dr. S. J. Nijdam. De medicus practicus kan de snelle ontwikkeling op dit gebied amper bijhouden. In Nederland zijn plusminus 80 psychofarmaca in gebruik. Afgezien van de klassieke sedativa, de wekaminen en de psycholitica, vallen de psychofarmaca in engere zin uiteen in drie groepen: neuroleptica, tranquillizers en antidepressiva.

De neuroleptica omvatten voornamelijk fenothiazinederivaten waarvan men onderscheidt de chloorpromazine-groep (Largactil en dergelijke) meer sederend en de groep van het chloorperazine (Stemetil en dergelijke) meer antipsychotisch. De eigenschappen zijn: sederend, zonder dat het algemeen

psychisch functionerend vermogen wordt beïnvloed; verder kunnen wanen, hallucinaties, autistische en katonen verschijnselen erdoor verdwijnen. Naast algemene bijwerkingen zoals icterus, agranulocytose en huidafwijkingen kent men de specifieke, namelijk in het vegetatieve systeem. Onder de psychische bijwerkingen vallen initiatiefverlies, disinteresse, apathie, loomheid, verminderd concentratievermogen en een gevoel van distantie. Er ontstaat dus een chemische psychopathologie die men dient te onderscheiden van de ziekteverschijnselen! Als indicatie staan de endogene psychosen op de voorgrond. Pas op: deze mensen blijven psychotisch en na ontslag kan patiënt, wanneer hij plotseling het middel staakt, acuut recidiveren! Altijd geleidelijk met de medicatie dalen.

Van de groep der tranquillizers (meer geschikt voor de kleine psychiatrie) zijn het belangrijkste chloordiazepoxide (Librium) en diazepam (Valium). Deze stoffen onderdrukken zeer goed het fenomeen angst zonder dat daarbij sufheid optreedt. Bij normale dosering is er geen antipsychotische werking. De bijwerkingen zijn minder dan bij de neuroleptica en omvatten hypotonie der spieren, ataxie, soms sufheid, euforie en logorrhoea. De indicaties zijn: angsttoestanden van psychogene of neurotische oorsprong en tevens de met angst gekleurde orgaan neurotische toestanden. Fobieën reageren verschillend; dwang reageert slecht. Voor al deze middelen geldt: regelmatig, langdurig en langzaam uitsluipen. Psychische steun dient men tijdens de kuur aan de patiënt te geven.

De antidepressiva omvatten tricyclische verbindingen (zoals Tryptizol en de monoamino-oxydaseremmers). De indicatie is de endogene depressie. Ook hier weer zij men scherp bij de indicatiestelling (men lette goed op vitale stoornissen: dagschommeling en typische slaapproonnis). Soms moet men vanwege het agitatieverwekkend effect een laag gedoseerd neurolepticum bij geven. Dit effect dwingt ook om op zijn hoede te zijn bij suicidale patiënten. Ook hier weer: laag doseren - langdurig geven - geregelde controle - langzaam uitsluipen lange tijd na het wijken der symptomen. Er zijn vele atropine-achtige bijwerkingen zoals orthostatische hypotensie, droge mond, accommodatiestoornissen, mydriasis, urineretentie, soms delirant beeld en potentiëerstoornissen.

Tenslotte geldt voor alle psychofarmaca een alcoholverbod vanwege de potentiërende werking. In verband met narcose bij plotseling chirurgisch ingrijpen dienen de patiënten een informatiekaart te dragen.

Niet minder belangwekkend was de lezing van Prof. Dr. L. H. Jansen over overgevoeligheid voor geneesmiddelen. In tegenstelling tot toxische reacties draagt een allergische huid-aandoening zelden kenmerken die specifiek zijn voor het oorzakelijk allergeen. Om allergisch te kunnen reageren dient men gesensibiliseerd te zijn. De periode waarin antilichamen worden gevormd (globulinefractie van het plasma) neemt meestal vijf dagen in beslag. Met soortvreemd eiwit intraveneus gegeven wekt men dergelijke antilichamen op. Klein moleculaire stoffen moeten echter eerst aan een carrier (proteïne) worden gebonden willen er antilichamen ontstaan. In een gesensibiliseerd individu treedt na herhaald contact na 10-20 minuten een reactie op (shock, urticaria). Dit is de Immediate Type Reactie (IA). Vele geneesmiddelen geven een dergelijke reactie.

Daarnaast kent men het „Delayed Type” Allergie (DA). Zes tot achtenveertig uur na intracutane toediening van het antigeen ontstaat een infiltraatpapier of na plakproef een eczeem (tuberculinereactie en contacteczeem). Reacties van het DA worden niet opgewekt door humorale antilichamen, zoals bij IA, maar door aan de lymfocyten gebonden antilichamen. Bij deze reacties komt geen histamine vrij. Het is dus onzin, ja soms schadelijk om antihistaminica te geven bij contacteczeem. Het is van belang om intramusculaire of intraveneuze injecties lege artis uit te voeren omdat het geneesmiddel dat in of op de cutis terecht komt als allergeen in de lymfbanen belandt en vandaar naar de regionale lymfklieren gaat, welke van essentieel belang zijn voor de vorming van antilichamen. Soms komt er na contact met een allergeen een I.A. gevolgd door een D.A. Professor Jansen cum suis hebben aannemelijk gemaakt dat wanneer een