

van de oude dag zijn geen andere dan die op jonge leeftijd; wel verandert de symptomatologie, terwijl het klachtenpatroon anders wordt beleefd.

Tot slot nog een opmerking over de „aangepaste bewoning” die wij in Sunderland mochten bezichtigen. Wij zagen er een tweetal, Churchill Housing, waar een 14-tal beter gesitueerde dames in keurig verzorgde kamers woont in een verbouwd herenhuis. Zij zorgen volledig voor zichzelf; de verzorging beperkt zich tot de zorg bij ziekte. Deze geschiedt door een „jonge” bejaarde dame. Er was geen lift in dit drie verdiepingen hoge huis: dit zou te duur zijn gekomen. Er

zijn elf gemeentelijke verzorgingstehuizen, elk voor ongeveer 40 bejaarden en enkele jongere invaliden. Alle tehuizen hebben gemeenschappelijke huiskamers, vijf in elk tehuis, waarvan twee met televisie. Elke bejaarde heeft een slaapkamer-tje en het geheel is rond een binnenplaats gebouwd. In een patio zat een aantal bejaarden als in een kale uitstaltkast. Men moest om tien uur 's avonds binnen zijn en voor zover na te gaan werd er niets gedaan aan het bezig houden van de bejaarden. Hoewel de architectuur wel aardig aandeed, was de bouw zelf slecht en stelden wij eensgezind vast dat verzorgingshuizen in Nederland over het algemeen veel beter van bouw en opzet zijn.

A. Fuldauer

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

66-38. Generalised vaccinia in the Human foetus. Green, D. M., S. M. Reid en K. Rhaney. (1966) *Lancet* I, 1296.

Vaccinia bij de foetus ten gevolge van pokkenvaccinatie bij de moeder schijnt in 1932 voor het eerst te zijn beschreven. De auteurs beschrijven nu twee gevallen waarbij de primo-vaccinatie van de moeders in de 24e respectievelijk 14e week van de zwangerschap leidde tot de dood van de vrucht. Omstandig wordt het bewijs hiervoor geleverd.

Van belang is de literatuur-verwijzing waarin de veertien gevallen worden gereleveerd die voor zover de schrijvers konden nagaan tot nu toe bekend zijn. De vaccinaties waren uitgevoerd in de derde tot 24e week van de zwangerschap en hadden voor de vrucht alle een fataal beloop. Drie gevallen stammen uit Nederland; elf publikaties zijn uit de jaren 1961-1964; tweemaal betrof het een revaccinatie.

Het is niet bekend hoeveel gravidæ jaarlijks een primo-vaccinatie ondergaan en hoe groot derhalve de kans op een fataal risico voor de vrucht is. Het standpunt dat „in het algemeen primaire inenting tegen pokken bij zwangeren beter kan worden vermeden”, rubriek Vraag en Antwoord (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 77 — lijkt uitbreiding te behoeven, nu revaccinatie in de zwangerschap evenmin veilig is. Volgens de International Sanitary Regulations (1957) kan aan niemand de toegang tot een land worden onttrokken op grond van het ontbreken van een vaccinatiebewijs; wel kunnen quarantainemaatregelen worden toegepast, Ref.

A. J. M. Daniëls

66-49. Serum folic-acid and vitamin B₁₂ levels in anticonvulsant therapy. Malpas, J. S., G. H. Spray, L. J. Witts. (1966) *Brit. med. J.* I, 955-957.

De associatie tussen megaloblastaire anemie en anticonvulsieve therapie werd het eerst door Mannheimer, Pakesch, Reimer en Vetter in 1952 gerapporteerd. Het herstel van deze anemie door folinezuur-toediening bij normale waarden van het serum-vitamine B₁₂ gehalte, wijst erop dat anticonvulsiva het folinezuur-metabolisme beïnvloeden. Verdere aanwijzingen in deze richting vormen de bevindingen van Hawkins en Meynell in 1958 en Klipstein in 1964, die bij ongeveer de helft van de patiënten die anticonvulsieve middelen gebruikten, macrocytose aantoonde of lage serum-folinezuur-concentraties. De invloed die het dieet op deze waarnemingen uitoefende, was niet duidelijk. Teneinde hierin wat meer klaarheid te verschaffen hebben de auteurs de serumconcentraties bepaald van folinezuur en vitamine B₁₂ bij een groep epileptici en een groep normale personen, welke een identieke en volwaardige voeding nuttigden.

De epileptici waren allen in hetzelfde ziekenhuis opgenomen. De meesten gebruikten fenobarbital en phenytoin. Enkelen kregen primidone in plaats van, of behalve phenytoin en weer enkelen kregen tevens trinituride. De maaltijden wer-

den gebruikt onder supervisie van de afdelingszusters. Op willekeurige wijze werden 48 patiënten uitgekozen; geen van deze patiënten was anemisch. Tevens werden in het onderzoek twaalf patiënten betrokken, die in slechte gezondheid verkeerden. Twintig zusters en leden van de afdelingsstaf, die allen intern waren en dezelfde voeding genoten, werden als controles gebruikt. Bepaald werden hemoglobinegehalte, hematocriet, gemiddelde corpusculaire hemoglobinegehalte en gemiddelde celvolume. Daarnaast het serum-vitamine B₁₂ en -folinezuurgehalte. De diverse bepalingen werden voor verschillende laboranten uitgevoerd, die onkundig waren van de andere uitkomsten. Het gemiddelde serumfolinezuurgehalte der patiënten bedroeg 2,75 µg/ml tegen 5,7 µg/ml bij de controle-personen. Voor het serum-vitamine B₁₂ gehalte waren de bevindingen respectievelijk 372 µg/ml en 475 µg/ml. Beide verschillen zijn statistisch significant.

Er bleek geen relatie te bestaan tussen de duur van de medicatie of de dosis van de anticonvulsiva en de serumgehalten van vitamine B₁₂ en folinezuur. Wat betreft de twaalf patiënten die in slechte conditie verkeerden, bleken twee een macrocytose te hebben en zes een zeer lage serum-folinezuur-concentratie. De voedselopname bij deze patiënten bleek slecht te zijn en de folinezuur-opname gering, een en ander in tegenstelling tot de willekeurig geselecteerde groep. In vitro bleken anticonvulsieve middelen zoals fenobarbital en phenytoin-kalium in hoeveelheden zoals die normaal in het serum van patiënten voorkomen, geen invloed te hebben op de serum-folinezuur-concentratie. Volgens de auteurs is het waarschijnlijk te achten, dat de macrocytose en megaloblastaire anemie, die bij patiënten met een anticonvulsieve therapie optreedt, wordt veroorzaakt door een abnormaal folinezuur metabolisme.

Vier van de vijf gevallen van post-traumatische epilepsie, die in dit onderzoek waren betrokken, gaven lage folinezuurwaarden te zien. De auteurs concluderen hieruit dat een inherent defect in het folinezuur-metabolisme met een cryptogene epilepsie geassocieerd, onwaarschijnlijk is. Girdwood toonde in 1956 aan, dat er een normale urine-uitscheiding was na toediening van een testdosis folinezuur bij epileptici. Het hematologisch herstel dat optrad, zonder dat enigerlei andere therapie werd ingesteld, wanneer toediening van anticonvulsiva werd gestaakt, en het ontstaan van recidief na hervatting der therapie, wijst erop, dat anticonvulsiva ergens in het folinezuur-metabolisme ingrijpen (Christenson en anderen, 1957).

Bij vroegere onderzoeken bleek 45 procent der patiënten hematologische afwijkingen te hebben, te wijten aan een stoornis in het folinezuur-metabolisme. In de hier beschreven proef werd van de 48 patiënten bij elf procent macrocytose gevonden en bij 37 procent een lage folinezuur-spiegel. De betere uitkomsten van de hier beschreven proef menen de auteurs te moeten toeschrijven aan de betere voeding. Voorgaande proeven werden verricht bij poliklinische patiënten.

Vele patiënten zouden door hun kwaal in de maatschappij moeilijk aan een behoorlijk emplot kunnen komen, zodat zij vaak op een laag sociaal peil zouden leven met dienovereenkomstige gevolgen voor hun voedingsstatus. Badenoch en anderen (1954) vonden bij patiënten behandeld met anticonvulsiva, lage serumspiegels van vitamine B₁₂; vitamine B₁₂-injecties gaven reticulocytencrisen te zien. Lees (1961) toonde aan, dat de absorptie van vitamine B₁₂ toenam bij patiënten met lage serumspiegels, gedurende behandeling met folinezuur.

De auteurs menen dat er bij patiënten met anticonvulsieve therapie een functionele verandering optreedt in de darmwand, aangezien er in deze proef geen vitamine B₁₂-deficiëntie in de voeding bestond. Als mogelijkheden opperen de auteurs dat anticonvulsiva op zichzelf de absorptie van vitamine B₁₂ belemmeren of dat folinezuur-deficiëntie de vitamine B₁₂-opname nadelig beïnvloedt.

De auteurs menen uit de gegevens van hun proef te mogen opmaken, dat een volwaardige voeding enige bescherming biedt tegen de macrocytaire anemie bij patiënten, die een anticonvulsieve therapie ontvangen.

C. H. Bowles

Boekbesprekingen

R. S. ten Cate. Periodiek Geneeskundig Onderzoek. H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1967; 39 bladzijden, prijs f 2.50.

Uit het voorwoord van dit boekje blijkt dat Ten Cate, die in dit tijdschrift reeds meermalen zijn visie op en ervaringen met het periodiek geneeskundig onderzoek (p.g.o.) heeft weergegeven, in eerste instantie zijn patiënten, die hij de laatste vijf jaren aan een p.g.o. heeft onderworpen, heeft willen informeren omtrent de achtergrond van dit soort onderzoeken, doch bovendien een uitgebreider publiek heeft willen bereiken. Het boekje is dus voor niet-artsen geschreven en geeft na een begripsomschrijving een idee omtrent de praktische mogelijkheden en problemen bij de uitvoering. Er wordt een kort overzicht gegeven van de hier te lande op dit gebied uitgevoerde experimenten en tevens vermeldt de schrijver globaal de uitkomsten van zijn eigen onderzoek.

Van een hartstochtelijk baanbreker voor verbetering der praktijkvoering door huisartsen en van het p.g.o. (volgens Ten Cate is het p.g.o. voor iedere huisarts met een praktijkgrootte van 2700 of minder zielen voor degenen boven de 40 jaar eens per vijf jaar uitvoerbaar) valt te verwachten dat hij naast zijn collegae ook in bredere kring belangstelling tracht te wekken voor zijn streven.

Het is een vlot leesbare publikatie die ook voor zijn mede-huisartsen een interessant kort overzicht van de p.g.o.-problematiek kan zijn.

W. G. Blik.

J. H. Bruens. Epilepsie en psychiatrie (Dr. Hans Bergerkliniek, Breda). De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, Stafleu's wetenschappelijke uitgeverij n.v., Leiden, 1967; 150 pagina's.

In dit boekje bespreekt Bruens de psychiatrische aspecten van epilepsie; zowel de daarbij soms voorkomende psychosen als ook de frequenter optredende algemene persoonlijkheidsveranderingen. Hierbij worden steeds ook de neuro-anatomische, neuro-fysiologische en elektro-encefalografische gegevens verwerkt.

Een korte inleiding omvat de moderne opvattingen over epilepsie en de indeling van de aanvalstypen. Uitvoerig worden de elkaar vaak tegensprekende psychiatrische opvattingen en waarnemingen uit de wereldliteratuur vermeld. Ook die uit de zeer oude literatuur. Dit is soms van het niet altijd zo goede te veel. Het is daarom van belang dat auteur op voorzichtige en doordachte wijze steeds ook zijn eigen op grote ervaring berustende mening geeft; bijvoorbeeld over de

genese van de psychopathologische verschijnselen bij epilepsie. In de eigen casuïstiek treft de zorgvuldigheid van de waarnemingen. Niet vaak vindt men zoveel gedetailleerde psychiatrische ziektegeschiedenissen bijeen van patiënten, bij wie ook de epilepsie goed werd onderzocht.

De veelzijdige behandeling van het onderwerp: historisch, psychiatrisch, neurologisch zowel als elektro-encefalografisch, geeft aan dit boekje zijn waarde. De stijl ervan is duidelijk en levendig. Het is echter verwarrend dat de auteur in de inleiding terecht het begrip absences reserveert voor een zeer bepaald type van gegeneraliseerde epilepsie, maar in de eigen ziektegeschiedenissen dit woord toch ook weer gebruikt wanneer het, zowel klinisch als elektro-encefalografisch, om kortdurende temporale aanvallen gaat.

M. W. van Heycop ten Ham

J. J. C. Marlet, M. F. J. Marlet en L. N. Marlet. Schuld en verontschuldiging in de medische praktijk. J. J. Romen & Zonen, Roermond, 1966; 96 bladzijden, prijs f 8.50.

De juridische aansprakelijkheid van de arts in de relatie met zijn patiënt wordt in dit opstel beschreven door respectievelijk de zenuwarts, de Jezuïet en de jurist. Zij zien in Frankrijk en de Verenigde Staten een verschuiving van de medische verantwoordelijkheid naar het juridische vlak door het toenemend aantal processen en eisen tot schadevergoeding (in de Verenigde Staten jaarlijks 6000). De hieruit voortkomende aansprakelijkheidsvrees kan funeste gevolgen hebben voor de kwaliteit en de kwantiteit van de huisarts.

Volgens het Nederlands recht leidt onachtzaamheid, zorgeloosheid en verzuim in het naleven van elementaire plichten tot aansprakelijkheid, en moet de patiënt bewijzen of aannemelijk maken dat er sprake is van gebrek aan de nodige inspanning, zorg en bekwaamheid. Deze abstracte begrippen zijn nodig om af te bakenen waar de grens ligt van wat de patiënt van zijn arts kan vragen, zoals geen genezing, maar zorg op genezing gericht, geen resultaat maar inspanning om tot resultaat te komen en geen alwetendheid maar verantwoord kunnen. De zaak is evident als er sprake is van inbreuk op de wettelijke geheimhoudingsplicht of inbreuk op de persoonlijke integriteit van de patiënt. De Nederlandse jurisprudentie is geneigd de zorgvuldigheid van de arts bij kwesties tussen arts en patiënt eerder te veronderstellen dan te laten bewijzen. Daarom is bezinning op het gedrag van de arts aan het ziekbed en zijn situatie in de maatschappij ten opzichte van patiënt en collega nodig.

Ittmann's opvatting, dat de betekenis van de rechtspraak is het scheppen en handhaven van de juiste sfeer rondom het werk van de arts, wordt hierdoor nog eens onderstreept.

K. Gill

Nota bene

Wanneer een patiënt met een aandoening van het bewegingsapparaat wegens een andere ziekte thuis of in een ziekenhuis wordt verpleegd, dient de huisarts er op toe te zien dat de functie van het bewegingsapparaat niet (verder) achteruitgaat.

Het aan de patiënt adviseren omtrent werkhervatting is een onderdeel van de geneeskundige behandeling.

Kinderen met een preëxistente afwijking dienen tegen mazelen te worden beschermd door actieve immunisatie met verzwakt levend mazelenvirus (Edmonston B); tegens geven men 0,5 ml gammaglobuline (H. A. M. Hoevenaars, Measles and measles vaccination, Academisch proefschrift Amsterdam, 1967)

It must be understood that the signs of disease in the early stages are the most difficult to detect and to understand. (James Mackenzie, *The Future of Medicine*, 1919)