

ambiëren, uitbreiding te bieden van feitelijke kennis, inzicht te geven in de problemen en vooral de methoden van basiswetenschappen als epidemiologie, sociologie en statistica en gelegenheid te geven tot het zelf bestuderen en in discussie brengen van bepaalde onderwerpen. De cursus begint op 28 augustus met twee volle werkweken, wordt daarna op dertig achtereenvolgende dinsdagen voortgezet en wordt met twee volle werkweken op 17 mei 1968 gesloten. Aan het einde van de cursus zal een certificaat worden uitgereikt en een „verklaring A” van de Stichting tot Opleiding in de Sociale Geneeskunde aan die artsen, die naar het oordeel van de cursusleiding deze cursus met vrucht hebben gevolgd. Voor inlichtingen omtrent en aanmeldingen voor deze cursus, waarvoor het cursusgeld f 300,— bedraagt, wende men zich vóór 15 juli 1967 tot Drs. W. Neefs, Instituut voor Sociale Geneeskunde, St. Annastraat 270 te Nijmegen, telefoon 08800/58585.

DOORLOPENDE AGENDA

14-17 september Neunte Internationaler Kongress für Allgemein Medizin. Salzburg, Europahaus.

20 en 21 oktober Boerhaave-cursus „Medische psychologie” met medewerking van de Subcommissie Medische Psychologie van het N.H.G. en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Boerhaave-centrum, Leiden.

4 november Genetica in de praktijk - Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Dijkzigtziekenhuis.

11 november Twaalfde N.H.G.-congres. Amsterdam, Internationaal Congrescentrum R.A.I.

Ingezonden

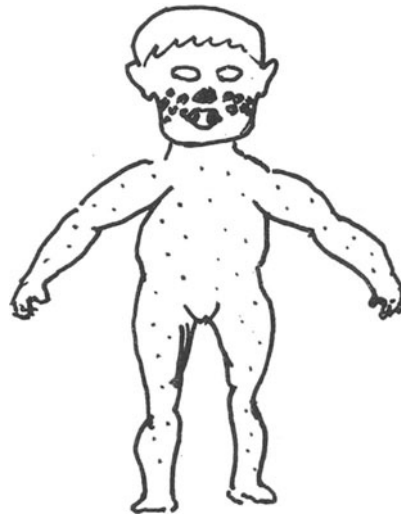
In aansluiting op het artikel „Exanthematische infectieziekten” van J. E. Minkenhof — (1967) huisarts en wetenschap 10, 93 — is het wellicht aardig te vermelden hoe op het ogenblik in Vorden een achtste ziekte in epidemie-vorm voorkomt die in ongeveer de helft der gevallen met een karakteristiek exantheem gepaard gaat, terwijl ook een aantal patiënten vrijwel alleen dit exantheem vertoont zonder veel bijverschijnselen. Het betreft een epidemie virus-meningitis, welke zich ook ongeveer tien jaren geleden in vrijwel het

gehele land heeft voorgedaan en welke zoals later werd gevonden door een E.C.H.O.-virus werd veroorzaakt. Ook toen kwam bij een deel van de patiënten, speciaal van de kinderen, een exantheem voor.

Tijdens de huidige epidemie, welke nog niet is afgelopen, viel het mij op dat de kinderen het volgende beeld vertonen: vrij grove ronde, soms confluërende vlekken op beide wangen; daarentegen heel fijne diffuus verspreide puntvormige — soms meer stervormige — vlekjes op romp en extremiteiten. In tegenstelling tot de puntvormige bloedingen bij de meningokokken-meningitis zijn deze vlekjes weg te drukken onder glas. De ogen zien niet rood; wel is vaak de keel iets rood en er kunnen op de tonsillen puntjes beslag voorkomen. Merkwaardig is dat een deel van de kinderen duidelijke meningeale prikkelingsverschijnselen en koorts heeft en een klein aantal precies hetzelfde exantheem zonder nekstijfheid of braken en zelfs vrijwel zonder koorts. Ik neem aan dat beide ziektebeelden toch wel door hetzelfde virus zullen worden veroorzaakt en ben benieuwd of collega Minkenhof deze mening kan bevestigen.

Vorden, 30 april 1967

W. N. Lulofs



NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

JAARVERSLAG 1966 REDACTIECOMMISSIE VOOR „HUISARTS EN WETENSCHAP”

De werkzaamheden van de redactiecommissie voor „huisarts en wetenschap” hebben in 1966 normaal voortgang gevonden, waarbij aan te tekenen valt, dat de commissie in de loop van het verslagjaar werd versterkt — en tevens na een langdurige periode weer tot voltalligheid kwam — door toetreding van Dr. A. Fuldauer. Na een periode van kennismaking met het werk der commissie verklaarde deze zich positief bereid met onmiddellijke ingang volledig aan dit werk te gaan deelnemen. Met instemming van het bestuur van het N.H.G. is Fuldauer daarop geacht lid te zijn van de redactiecommissie, waarbij is uitgegaan van de vooronderstelling dat het Ledencongres 1967 zal instemmen met de formele voordracht voor zijn benoeming tot lid.

Niet alleen de bereikte voltalligheid, ook de door de voorzitter bereikte mogelijkheid om door het afstoten van enkele werkzaamheden meer tijd voor zijn redactionele taak beschikbaar te krijgen, heeft de spanning tussen tijd- en werkschema der commissie als geheel en van haar leden individueel aanzienlijk verminderd.

De commissie ondervond bij haar werk in voorkomende

gevallen steeds grote bereidheid bij de door haar aangezochte adviseurs tot medewerking en zij wil in dit verslag de door haar bij de ingang van de thans lopende tiende jaargang jegens hen uitgesproken dank in dit verslag overtuigd herhalen. Hetzelfde geldt ten aanzien van de inzenders van bijdragen en/of van gevraagde artikelen — kortom allen buiten haar eigen kring, bij wie zij zonder moeite steun mocht verwerven en waaruit mag worden afgeleid dat „huisarts en wetenschap” een steeds duidelijker plaats en functie in de medische wereld is gaan innemen.

Uiteraard blijven er aan de zijde der commissie nog wensen on vervuld. Zo betreurt zij het onder meer dat de rubriek „Notities uit de praktijk van de huisarts” niet tot ontwikkeling is gekomen, integendeel! Zij zou de collegae er nog eens op willen wijzen hoe belangrijk het kan zijn voorvallen, waarnemingen, ervaringen en dergelijke uit eigen praktijk, tot nuttige en wellicht ook leerzame informatie in een korte notitie neer te leggen. Een ervaring, die eigen bedachtzaamheid heeft verscherpt, kan ook anderen tot voortdurende beoefening van een zo breed mogelijke bedachtzaamheid wekken. De door publikatie van deze notities beoogde wisselwerking kan ook op ander terrein worden vergroot, waarbij dan

te denken is aan meer voorlichting over het werk in centra en studiegroepen. De commissie is overtuigd dat, zeker wat de notities uit de praktijk aangaat, bij velen een niet gerechtvaardigde vrees bestaat dat hun mededeling te licht voor publikatie zou worden bevonden. Het is evenwel duidelijk dat in een huisartstijdschrift naast wetenschappelijke bijdragen alle ruimte is voor het geven van direct op de praktijkuitoefening gerichte informatie. Daarom doet de commissie in deze regels nog eens een beroep op alle collega's om deze nuttige rubriek opnieuw gestalte te geven. Een wellicht enigmatische zakelijk maar niettemin op nuttig effect gericht motief daarbij is, dat afwisseling in de geboden leesstof tussen medisch-wetenschappelijke en rechtstreeks op de dagelijkse praktijk gerichte voorlichting zowel leesbaarheid van als leestlust voor het maandblad van het N.H.G. ten goede kan komen.

Met betrekking tot het bieden van informatie kan worden gereleveerd dat met de aanvang van het verslagjaar werd begonnen aan redactie van tijdschriften, die de grensgebieden van de huisartsgeneeskunde bestrijken, gelegenheid te geven hun tijdschrift tegenover de huisartsen te introduceren. Een begin werd gemaakt met een rubriek literatuur-informatie en er kon uitbreiding worden gegeven aan het aantal boekbesprekingen.

De lezerskring, waarbinnen zich tengevolge van de geslaagde ledenwerfactie van het N.H.G. een opmerkelijke verschuiving van betalende abonnees naar leden-abonnees voerde, is in 1966 opnieuw toegenomen; het tijdschrift bereikt thans ruim twee-derde van het aantal huisartsen in Nederland. De ook in het verslagjaar bevredigende exploitatie van het maandblad steunde bij voortduring mede op de grote zorgzaamheid van de uitgever en van de drukker.

UIT DE CENTRA

Centrum Noord-Holland

Studiegroep Zaan en Purmerland

De eerste donderdagavond in februari 1967 werd van gedachten gewisseld over: „De klinische partus geleid door de specialist volgens de lijst van medische indicaties van het ziekenfonds”.

Juist voor de huisarts, die wat teleurgesteld het zwaartepunt in zijn werk ziet (af)glijden van het genezen naar het verzorgen, leent de verloskunde — met name de kraamkamer — zich maar al te goed voor het leveren van achterhoedegevechten met de specialist. Vooral de jonge huisarts, die de verloskunde uiteindelijk in de algemene praktijk in de vingers moet krijgen, zal vaak „zuinig” zijn op zijn partussen. Wil hij de verkregen ervaring en vaardigheid behouden, dan moet hij 20 tot 30 bevallingen per jaar meemaken. Deze premisse mag echter niet, evenmin als de eerzucht per se zelf een pathologische partus tot een goed einde te brengen, leiden tot bewustzijnsvernauwing bij de huisarts. Mede door tijdig en soepel overleg tussen de huisarts en zijn collega-vrouwenarts zou een optimale gang van zaken in de verloskunde kunnen worden benaderd. Mogelijk zou mede hierdoor de verloskunde (perinatale sterfte) in Nederland haar verloren gegane eerste plaats op de wereldranglijst kunnen herwinnen.

Huisarts a leidt in de kliniek de bevalling van een primigravida, die volgens zijn berekening 14 dagen serotien is. De uitdrijving stagneert doordat de schedel, die duidelijk promineert, niet wil indalen. De bekkenmaten lijken (!) normaal. Aanvankelijk ziet huisarts a niet tegen een proefbaring op. Syntochinon voldoet echter niet aan de verwachtingen. Als de tijd verstrijkt, consulteert hij een vrouwenarts. Met behulp van een moeizame vacuüm-extractie wordt een gezond meisje van 8 pond geboren.

In de discussie blijkt eigenlijk iedereen theoretisch tegenstander van een proefbaring in de huis- of slaapkamer te zijn. Afhankelijk van de instelling van de huisarts en een individuele relatie tot een patiënte, kan een situatie ontstaan waarbij niet ter zake doende motieven resulteren de leiding van de baring niet uit handen te geven. In het ziekenhuis, terwijl de collega-vrouwenarts — van te voren geïnformeerd — telefonisch bereikbaar is, zou de huisarts

een proefbaring moeten kunnen leiden. Genoemde lijst voorziet echter niet in deze mogelijkheid.

Huisarts b corrigeert met goed gevolg een stuitligging bij een 7-maanden gravida, die met buikklasten in de derde zwangerschap het spreekuur bezoekt. De gynaecoloog, die patiënte al eens eerder wegens haar buikklasten zag, tikt hem hierover op de vingers. Verder deelt hij mee patiënte te zullen opnemen zodra zij in partu is. Patiënte heeft misschien een myoom. Twee maanden later vindt een normale bevalling plaats in het ziekenhuis; de partus wordt geleid door een verloskundige, daar de vrouwenarts 30 km van de kliniek woont. Het enige punt van discussie is het beste moment om een stuitligging te corrigeren. Volgens sommigen doet men dit met 36 weken, volgens anderen eerder. De harttonen worden voor en na het keren uitvoerig beluisterd. Ook zijn er onderzoekers, die in geen geval keren en zelfs het risico van een stuitgeboorte bij een primi-para kleiner vinden dan dat van een zorgvuldig gecorrigeerde liggingsafwijking.

Huisarts c wordt op een vrije zondagmorgen elders in het land opgebeld door de dienstdoende collega, die de avond tevoren een bevalling voor hem deed. Het tweede kind van een rhesusnegatieve moeder blijkt zes weken te vroeg geboren te zijn. Enige uren na de geboorte wordt het duidelijk icterische kind naar de kinderafdeling overgebracht. Ondanks dat viermaal een wisseltransfusie wordt toegepast, blijkt toch — intra-uterien — een hersenbeschadiging te zijn opgetreden.

De bereidheid om bevallingen op te nemen in het eigenlijk voor „quick service” bestemde weekend-dienstrooster, wordt algemeen groter. Wanneer ook de patiënten hieraan gewend zijn, verdwijnt een van de voornaamste „disutilities” van ons vak: het voortdurend bereikbaar zijn. De gang van zaken bij deze partus roept de vraag op wanneer wij onze zwangeren een gesloten enveloppe met gegevens moeten meegeven voor de collega-huisarts, als wijzelf niet bereikbaar zijn.

Het is duidelijk dat een partus immaturus bij een rhesus-antagonisme in een kliniek met kinderarts had moeten plaatsvinden. Dat een ervaren en geïnteresseerde huisarts in een dergelijk geval minder voor moeder en kind zou kunnen „wezen” dan de vrouwenarts, zal menigene niet met de ziekenfondsrichtlijnen eens zijn.

Huisarts d verwijst een primigravida — bijna à terme — naar de verloskundige polikliniek wegens toxicose-verschijnselen. Hoewel patiënte subjectief goed is, blijkt de bloeddruk 150/100 mm Hg te zijn. Het gewicht is opvallend toegenomen sinds de laatste controle. Er is flink wat eiwit in de urine. Dit alles ondanks een zoekende therapie met onder andere reserpine en Lasix. Bij opname promineert bovendien de schedel boven de bekkeningang. Als de patiënte 12 uur in partu is zijn de harttonen plotseling niet meer waarneembaar. Men besluit tot een sectio en brengt retrograad een gezond jongetje, in niet verklearde voorhoofdsligging, ter wereld. Het blijkt meermalen dat men ook bij consciëntieuze controle, zodanig door bepaalde pathologie kan worden gefixeerd, dat andere afwijkingen niet worden opgemerkt.

Huisarts e neemt niettegenstaande de anamnese toch de zorg op zich voor de tweede bevalling van een vrouw met een fluxus tijdens de eerste bevalling. De eerste bevalling van deze vrouw eindigde met een kunstverlossing onder ethernarcose. Nadien heeft huisarts e patiënte enige jaren intensief moeten begeleiden. Wegens meningitis kreeg zij indertijd streptomycine, waarna zij doof werd en haar karakter danig veranderde. Later — bijgestuurd door haar huisarts — hervond zij haar evenwicht. De gehele anamnese overziende besluit huisarts e zelf de bevalling klinisch te leiden ook op aandringen van patiënte. Een hevige fluxus wordt uiteindelijk door de vrouwenarts tot staan gebracht.

Onze conclusie is, dat e's beslissing medisch juist was, maar dat er een nauwere samenwerking met de — wel van te voren ingelichte — specialist mogelijk was geweest. Wat de financiële kant betreft zij hier opgemerkt, dat er nog vrij veel mensen zijn, die de aanwezigheid van de huisarts aan het kraambed prefereren boven de — wel door het ziekenfonds betaalde — specialist of verloskundige.

Huisarts f wordt drie dagen na een normale bevalling bij