

WIL VAN DEN BOSCH EN THEO VOORN\*

## Kleine chirurgie in de huisartspraktijk

Veel huisartsen zijn bezig op verschillende terreinen hun mogelijkheden te herzien. Dit geldt ook voor de kleine chirurgie. Uit de massale opkomst bij twee PAOG-cursussen over dit thema en uit de reacties van de leden van de HGH-groep van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut blijkt dat dit onderdeel van ons vak veel belangstelling trekt. In dit verslag komen aan de orde: behandelkamer en assistentie, aanbod, instrumentarium, sterilisatie, desinfectie, anesthesie, hechtmateriaal, verbandmiddelen en pathologisch-anatomisch onderzoek.

### Inleiding

Het 'eerlijke handwerk' in de huisartsgeneeskunde is lang uit de gratie geweest. Huisartsgeneeskundige handboeken zijn gevuld met hoofdstukken over hulpverleningsprocessen, probleemverheldering en samenwerking, en wat geschreven is over kleine chirurgie, is meestal afkomstig van specialisten. Inhoudelijk variëren hun bijdragen van het ontraden van iedere chirurgische ingreep in de huisartspraktijk<sup>1</sup> tot het bespreken van handwerken die primair bedoeld lijken voor de chirurg in opleiding. In het takenpakket van de LHV wordt kleine chirurgie wel genoemd, maar de voorwaarden die daarvoor noodzakelijk zijn, blijven onbesproken.<sup>2</sup>

Uit een inventarisatie van de activiteiten van de deelnemers aan de HGH-conferenties kwamen grote verschillen naar voren: aan de ene kant huisartsen die de kleine chirurgie nooit in hun pakket hadden gehad of hun instrumentarium in de loop van de tijd hadden opgeborgen, aan de andere kant huisartsen die zich met enthousiasme op dit deel van het vak hadden gestort. De belangrijkste bepalende factor hierbij

was het plezier in het handwerk, dat bij de een nauwelijks aanwezig was en bij de ander in grote mate. Belemmerende factoren waren: gebrek aan opleiding, angst om slechter werk af te leveren dan de collega specialist, de toenemende vraag van patiënten om een verwijzing en de trek naar de eerste hulp, een praktijkorganisatie die niet is ingesteld op kleine chirurgie, en het ontbreken van hulpmiddelen, zoals goed instrumentarium.

In dit artikel bespreken wij enkele algemene aspecten van de kleine chirurgie, die een stimulans kunnen zijn om het mes weer eens ter hand te nemen. De inventarisatie en de besprekingen tijdens de HGH-bijeenkomsten en de ervaringen die wij hebben opgedaan tijdens twee PAOG-cursussen (die door meer dan 400 huisartsen werden bezocht) hebben daarvoor als basis gediend.

### Aanbod

Tabel 1 geeft een overzicht van de aandoeningen in de huisartspraktijk waarbij kleine chirurgie in aanmerking komt. Uit twee huisartsregistratiesystemen is verder berekend hoe vaak de huisarts met deze aandoeningen in aanraking komt. Het aanbod van deze aandoeningen zal, behalve door het vóórkomen in de bevolking, ook beïnvloed worden door de interesse die de huisarts voor dit deel van het vak heeft.

Een belangrijk deel van het aanbod voor kleine chirurgie wordt bepaald door kleine verwondingen. Indien er een ziekenhuis met een eerste hulpafdeling dicht in de buurt is, zullen veel patiënten eerder geneigd zijn de huisarts over te slaan. De huisarts krijgt echter een redelijk inzicht in het aantal patiënten dat rechtstreeks de eerste hulp bezoekt, doordat hij daarover meestal bericht ontvangt.

Tabel 2 laat zien dat er een duidelijke relatie is tussen het percentage patiënten dat zich met kleine verwondingen rechtstreeks bij de eerste hulp voegt, en de afstand van de praktijk tot een dergelijke voorziening.

### Behandelkamer en assistentie

Kernbegrippen bij het onderwerp 'behandelkamer en assistentie' zijn ruimte, licht en hulp. Het verdient aanbeveling de patiënt alleen liggend te behandelen. Flauwvalreacties zijn onvoorspelbaar en verstoren de gang van zaken. De ideale opstelling is zodanig, dat de liggende patiënt aan alle zijden vrij benaderbaar is. Een losse of uitschuifbare plank of een klein tafeltje is uitstekend geschikt voor ingrepen aan arm en hand. Een los tafeltje is onmisbaar voor het aseptisch en overzichtelijk plaatsen van het instrumentarium en andere hulpmiddelen.

Het operatiegebied moet gericht verlicht kunnen worden, zonder dat de operateur zelf in het licht zit. Voor dit doel zijn speciale halogeenlampen in de handel, die prachtig gericht licht geven, maar ook duur zijn (f 700,- tot f 1000,-). Het nadeel van normale gloeilampen is, dat ze veel warmte verspreiden.

Nogal eens wordt vergeten de praktijkassistente bij de voorbereidingen en bij de ingreep te betrekken. Haar taak kan bestaan uit het klaarzetten en aangeven van instrumenten, het deppen van bloed, het doorknippen van draden, het openhouden van de wond, het aanpakken en verwerken van materiaal voor PA-onderzoek en het geruststellen van de patiënt.

Veel deelnemers wisten uit ervaring, hoe vervelend het is om tijdens een dergelijke ingreep gestoord te worden door bel of telefoon; een aparte afspraak op een geschikt tijdstip is daarom aan te raden.

### Instrumentarium

Bij de keuze van het instrumentarium hebben wij ons vooral laten leiden door praktische motieven. Hierbij realiseren wij ons dat er verschillende wegen naar Rome kunnen leiden. In de opsommingen wordt dan ook niet bedoeld te zeggen, dat het niet anders kan; wij hebben een keuze gemaakt waarmee wij in de praktijk goede ervaringen hebben opgedaan.

Het basisinstrumentarium van de huisarts kan beperkt blijven, als zijn pakket niet meer bevat dan het wondtoilet, het verwijderen van kleine intra- of subcutane tumoren (inclusief wratten), het incideren van abcessen (inclu-

\* Huisarts in respectievelijk Lent en Oosterhout (Gld.). Beide auteurs zijn tevens verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Dit artikel is een neerslag van een aantal besprekingen in het kader van de Nijmeegse conferenties betreffende het huisartsgeneeskundig handelen (HGH) - zie: Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties. Huisarts en Wetenschap 1980; 23:13-5.

sief het paronychium), het incideren van een getromboseerd hemorroid en de behandeling van een unguis incarnatus. Voor al deze ingrepen kan volstaan worden met de volgende instrumenten (figuur).

**Naaldvoerder**

Kies een naaldvoerder met een tussenmaat van 15 à 20 cm, met een slot. Naaldvoerders zonder slot, zoals deze gebruikt worden door onder anderen de plastisch chirurg, zijn in ongeoeffende handen instabiel. Het belangrijkste gedeelte van dit instrument is de bek. Deze dient volmaakt te sluiten. Ga zuinig om met een naaldvoerder en probeer er bijvoorbeeld nooit spijkers mee uit de muur te trekken.

Naaldvoerder 1 wordt in de hele hand vastgehouden. Een naaldvoerder met ogen (2) wordt gehanteerd met de duim en de vierde vinger; de tweede en derde vinger kunnen dan het instrument in beide richtingen stabiliseren.

De gebogen naald wordt op een derde deel van de punt van de bek vastgeklemd. Tweederde deel van de naald steekt hierbij uit.

**Schaar**

Allereerst is een normale rechte schaar nodig voor al het knipwerk. Door hiervoor een schaar te nemen met ten minste één scherpe punt (3), kan deze ook gebruikt worden voor het verwijderen van hechtingen.

Met de prepareerschaar – een schaar met stompe punten en licht gebogen (4) – kan men zowel rond een te verwijderen weefseldeel knippen, als stomp prepareren door de gesloten schaar in het weefsel te openen. Deze scharen zijn er in vele maten. Het is van belang een maat te kiezen die past bij de dikte van de vingers van de operateur.

**Pincet**

Onderscheid wordt gemaakt tussen een anatomisch pincet zonder, en een chirurgisch pincet mét scherpe tandjes. In de kleine chirurgie komt het anatomisch pincet (5) maar zelden van pas. Door de rechte uiteinden is er weinig grip op het weefsel, wat kan leiden tot te hard knippen en laedering van het weefsel. Ook met een chirurgisch pincet (6) dient voorzichtig te worden omgegaan. In principe wordt het te verwijderen deel, vastgehouden en wordt het omringende weefsel zo veel mogelijk met rust gelaten.

Een bijzonder pincet is het splinterpincet met fijne scherpe punten (7).

**Klemmetje**

Een deel van de deelnemers aan de conferentie was onvoldoende bekend met het gebruik van kleine, fijngepunte klemmetjes, ook wel mosquito's genoemd (8). Vooral bij de verwijdering van een atheroomcyste kunnen deze van nut zijn. Door de mogelijkheid het klemmetje op slot te zetten, kan men er beter mee manipuleren dan met een pincet. Ook kan men dit klemmetje gebruiken voor stomp prepareren.

**Scherpe lepel**

Voor het excochleëren van met name wratten kan een scherpe lepel worden gebruikt (9). Een ovaal model heeft het voordeel dat met verschillende doorsnedes kan worden gewerkt. De lepel dient niet groter te zijn dan het vormsel dat men wil verwijderen.

Bij de instrumenthandel kan men deze lepels meestal laten slijpen.

**Lancet**

Hoe scherper het mes, des te minder

beschadiging van de wondrand. Daarom zijn wegwerpmesjes aan te raden; het is niet verstandig deze mesjes uit zuinigheidsoverwegingen meermalen te gebruiken.

Er zijn mesheften in de handel met een breed (10) en met een smal aansluitstuk (11). Indien de huisarts zich beperkt tot kleine chirurgie, kan hij volstaan met het kleine mesheft.

Voor snijden is een rond en voor incideren een spits lemmet nodig. Voor het brede aansluitstuk kan gekozen worden voor mesje 21 en bij een smal aansluitstuk voor de mesjes 11 en 15.

Voor het verwijderen van het mesje uit de houder is een handig instrumentje verkrijgbaar (12).

Met deze instrumenten zijn alle klein-chirurgische ingrepen in de huisartspraktijk uit te voeren. Tijdens de conferentie werden nog andere instrumenten getoond waarmee sommigen van ons ervaring hadden. Zo lagen op tafel: verschillende modellen wondspreider-tjes, wondhaakjes, een ringtang, nagel-extractietangen en zelfs een setje om ponsbioptieën uit te voeren.

**Tabel 1.** Incidentie (aantallen per 1000 patiënten per jaar) van aandoeningen die in aanmerking komen voor kleine chirurgie.

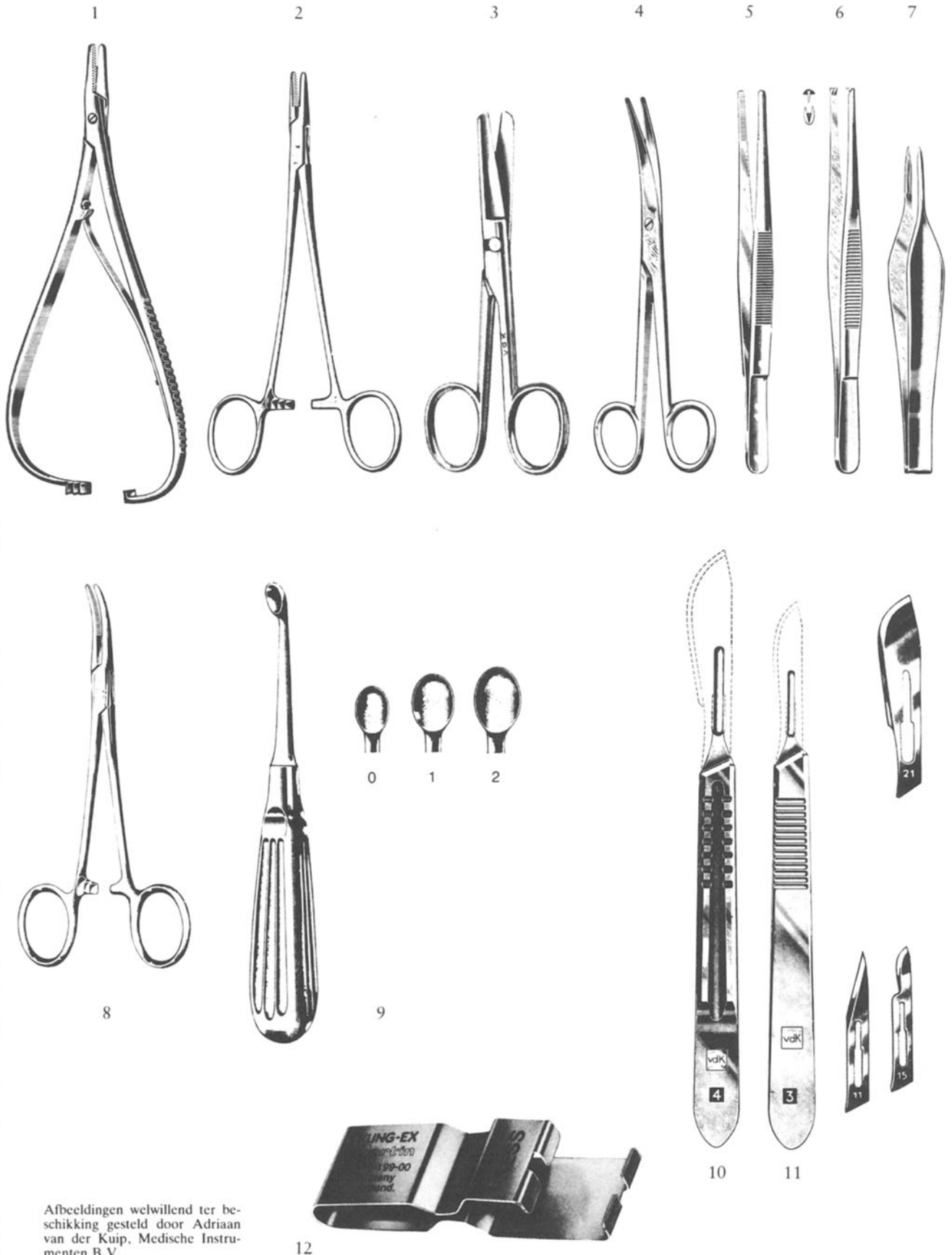
	CMR	Monitoring
Kleine verwondingen	117	51
Wratten	20	20
Atheroomcyste	4	9
Benigne huidtumor	88	5
Maligne huidtumor	1	1
Abcessen	30	19
Panaritium/paronychium	8	–
Unguis incarnatus	4	4
Bursitis	3	11
Hydrocele	1	1
Epistaxis	3	–
Varices	5	7
Hemorroiden	12	8

Bronnen: Gewone ziekten<sup>3</sup>, Lamberts.<sup>4</sup>

**Tabel 2.** Afstand tot eerste hulp ziekenhuis en het percentage kleine verwondingen waarmee patiënten rechtstreeks naar de eerste hulp gingen. Percentages van het aantal verwondingen per praktijk.

Praktijk	Afstand in km	Percentage kleine verwondingen
1	1	45
2	4	19
3	9	11
4	12	7

Huisarts & Praktijk



Afbeeldingen welwillend ter beschikking gesteld door Adriaan van der Kuip, Medische Instrumenten B.V.

Als bijzonder instrument kan de hyfrecator genoemd worden, geschikt voor het wegbranden van oppervlakkige tumoren en het coaguleren van een wondbodem. Men dient daarbij te bedenken dat pathologisch-anatomisch onderzoek in zulke gevallen niet meer goed mogelijk is, als gevolg van de destructie door de hyfrecator.

### Sterilisatie

Sterilisatie geschiedt in de huisartspraktijk in het algemeen met een *heteluchtoven* of met een *autoclaaf* met hete stoom onder druk. Vóór de sterilisatie dienen de instrumenten huishoudelijk te worden gereinigd. Het uitkoken van instrumenten is obsoleet: kokend water heeft een maximale temperatuur van 100° C en met name clostridiumsporen zijn hiertergen bestand.

De heteluchtoven, waarin de instrumenten 45 minuten tot 180° C worden verhit, is goedkoper in aanschaf, maar heeft als nadelen dat er alleen metalen voorwerpen in gesteriliseerd kunnen worden en dat de slijtage van de instrumenten groot is. De autoclaaf heeft het voordeel dat ook niet-metalen voorwerpen gesteriliseerd kunnen worden. Voorwerpen kunnen dan ook als setje worden ingepakt in doek of folie en na de sterilisatie worden opgeborgen.

Een enkele arts is in de bevoorrechte positie zijn instrumenten te kunnen laten steriliseren in het ziekenhuis.

De preventie van overdraagbare aandoeningen, zoals hepatitis en AIDS, wordt van steeds groter belang. Men gebruikte daarom zoveel mogelijk wegwerpmateriaal. Verder doet men er goed aan instrumenten die niet aseptisch gebruikt behoeven te worden, zoals specula, toch na ieder patiëntcontact te steriliseren.

### Desinfectie

Desinfectie geeft aanleiding tot veel misverstand. Van vele desinfectantia is de werking in vivo nooit aangetoond. Bovendien kan in het algemeen worden gesteld dat sterk werkzame desinfectantia ook sterk weefseltoxisch zijn. Desinfectantia dienen dan ook alleen in contact te komen met de intacte huid. Het gebruik van deze stoffen in de open, geïnfecteerde wond is niet alleen zinloos, maar ook nadelig door het toxische effect op het gezonde weefsel.

De enige doelmatige methode om een geïnfecteerde wond te reinigen, is door middel van wondtoilet, waarbij al het beschadigde weefsel verwijderd moet worden. Als het toch nodig is een wond met vloeistof te reinigen, dan kan het beste fysiologisch zout worden gebruikt. Het wegscheren van de haren van de patiënt rond het operatieterrein is alleen zinvol, als deze het zicht beperken; betere antisepsis wordt daardoor niet bereikt.

Het meest werkzame middel voor de intacte huid is nog steeds een alcoholische oplossing van 1 procent jodium. Pas één minuut na applicatie is een voldoende desinfecterende werking bereikt. Men realiseert zich dat een oude pot jodium vele malen geopend zal zijn, en dat het jodiumpercentage inmiddels aanzienlijk zal zijn toegenomen; brandwonden kunnen daar het gevolg van zijn. Povidon-jodium heeft het voordeel dat het af- en uitwasbaar is. Voor desinfectie in de buurt van ogen en slijmvliezen kan beter gekozen worden voor een chloorhexidine-oplossing.

Bijna geen van de deelnemers gebruikte tijdens de ingreep handschoenen, al werd vaak een uitzondering gemaakt voor het incideren van abscessen. Het wassen van de handen met water en zeep werd door de meerderheid voldoende geacht voor het vermijden van infecties door huidbacteriën van de operateur. Wél was men van mening dat een huisarts met een stafylokokkeninfectie niet zou moeten opereren. En tenslotte dient men ook hier rekening te houden met de mogelijkheid van overdraagbare aandoeningen.

### Lokale anaesthetica

De meest gebruikte anaesthetica in de huisartspraktijk zijn lidocaine (Xylocaine®) en prilocaine (Citanest®). Bij procaine zijn veel allergische reacties beschreven; daarom dient men dit middel niet meer te gebruiken. Het is verder niet zinvol lidocaine in hogere concentraties voor te schrijven dan 1 procent.

De genoemde preparaten hebben een licht vasodilerend effect. Indien vasoconstrictie vereist is, of niet op problemen stuit, zoals in vingers en tenen, kan adrenaline worden toegevoegd in doseringen van 1/100.000 of 1/200.000. Ook kan gekozen worden voor Mepicacaine (Scandicaine®), dat een minder vasodilerend effect heeft.

De werkingsduur van deze lokaal-anaesthetica is ongeveer een uur. Indien een langere duur nodig is, kan worden gekozen voor bupivacaine (Marcaine®), dat bijna 10 uur werkt. Een recent overzicht van middelen voor plaatselijke verdoving wordt gegeven in een recente aflevering van het *Geneesmiddelenbulletin*.<sup>5</sup>

Bij lokale verdoving wordt onderscheid gemaakt tussen infiltratie- en geleidingsanesthesie. Wat deze laatste vorm betreft, wordt in de huisartspraktijk vrijwel alleen gebruik gemaakt van de methode volgens Oberst. Hierbij wordt aan de basis van vingers of tenen aan beide zijden een klein depot gelegd. Tien tot twintig minuten daarna is anesthesie van de betrokken vinger of teen bereikt. Een minder bekende vorm van geleidingsanesthesie, die echter goed toepasbaar is door de huisarts, is de verdoving van de bovenlip door anesthesie van de nervus infraorbitalis. Hierbij wordt met een dun naaldje een half cc depot gelegd in de omslagplooi tussen tandvlees en bovenlip naast de neusvleugel.

Het is verstandig voor infiltratieanesthesie een uiterst dun naaldje te gebruiken. De infiltratie kan vrijwel pijnloos zijn, zeker als de vloeistof zeer langzaam wordt ingespoten. Bij verdoving van een wond wordt de naald een halve tot een hele cm van de wondrand ingebracht en al spuitend langzaam opgevoerd. Bij kleine tumoren wordt de omgeving op dezelfde wijze geïnfiltrateerd. Bij infiltratie van handpalm en voetzool dient men rekening te houden met het feit dat deze gebieden bijzonder gevoelig zijn. Afhankelijk van de lokalisatie kan men de handpalm en voetzool ook van de dorsale zijde benaderen.

Een andere vorm van lokale verdoving is het gebruik van chloorethyl-spray. Deze kan met name gebruikt worden bij de incisie van abscessen. Afgewogen dient te worden of de pijn bij het toedienen en het 'ontdoeien' wel opweegt tegen het anesthetisch effect. Verder kan de combinatie van chloorethyl-spray en elektrocauter leiden tot steekvlammen.

### Hechtmateriaal

Het grote aanbod van hechtmaterialen maakt het de huisarts niet altijd gemakkelijk om te kiezen. Het gebruik van losse naalden en draden is af te raden,

omdat de naalden bij het steriliseren minder scherp worden en dus een traumatiserend effect op de huid hebben; atraumatisch materiaal, waarbij de grootte van de naald en de dikte van de draad aangepast zijn aan de lokalisatie, verdient de voorkeur. Het getuigt verder van misplaatste zuinigheid om resten van atraumatisch materiaal te steriliseren en opnieuw te gebruiken.

Een naald voor het hechten van de huid dient niet rond maar scherp te zijn, dat wil zeggen driehoekig op doorsnede. De kromming beslaat een derde cirkel.

Voor de draad is uit pragmatische overwegingen de volgende keus gemaakt: één soort oplosbaar en één soort onoplosbaar materiaal – zoals catgut en zijde – van twee verschillende diktes, bijvoorbeeld 3-0 en 5-0; de laatste dikte kan dan voor het gelaat gebruikt worden. Nylon is, in tegenstelling tot zijde, monofilament, maar heeft het nadeel dat de knopen daardoor gemakkelijker loslaten.

Voor het afbinden van kleine vaatjes kunnen losse catgutdraadjes worden gebruikt.

Het gebruik van de agrafe, vroeger veel toegepast, is de laatste tijd in hoofdzaak beperkt tot het kleine wondje op de behaarde hoofdhuid. Het is met een agrafe vrijwel onmogelijk een goede adaptatie van de wondranden te krijgen, zonder het weefsel te beschadigen. Bij een spartelende kleuter met een klein wondje van de behaarde hoofdhuid, waarbij minder rekening gehouden hoeft te worden met een fraai litteken, kan de agrafe echter nog goede diensten bewijzen.

Een derde methode tot wondsluiting is het gebruik van hechtpleisters of Histoacryl®. Dit is alleen aan te raden bij zeer oppervlakkige wondjes, omdat alleen de buitenkant van de opperhuid bijeengebracht wordt. Bij diepere wonden zou zo te weinig adaptatie van de ondergelegen huidlagen ontstaan met een minder mooi litteken als resultaat. Histoacryl® mag bovendien vanwege zijn weefseltoxiciteit alleen op de huid van de wondranden en nooit in de wond worden gebruikt.

### Verbandmiddelen

Het verbinden van wonden kan slechts twee doelen dienen: afdekken van de wond en resorptie van wondvocht.

Een schone gesloten wond is na 24 uur niet meer toegankelijk voor bacteriën van buitenaf; verband kan dan alleen nog dienen als bescherming en verbinden is meestal niet meer noodzakelijk. Een open wond scheidt – al dan niet geïnfecteerd – wondvocht af. Dit wondvocht moet worden opgevangen in absorberend verbandmateriaal. Pleisters dekken een wond wel af, maar absorberen niet. Omdat wondvocht een uitstekende voedingsbodem voor bacteriën is, moet het verband vaker verwisseld worden, naarmate de wond meer vocht afscheidt. Een eventuele wondcontrole is het meest zinvol tussen 24 en 48 uur na het ontstaan. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat een wondinfectie bijna uitsluitend ontstaat door bacteriën in de wond en niet van buiten.

Voor het gebruik van verbandspray als afdekmiddel bestaat ons inziens geen enkele indicatie. Paraffinegazen hebben het voordeel dat ze minder snel aan de wond vastplakken, vooral bij schaafwonden, brandwonden en laesies van de vingertoppen.

Nat verband kan bij ontstekingsreacties van de huid vermindering van klachten geven. Of de genezing erdoor zal worden bespoedigd, blijft echter een open vraag. Alle uitwendig gebruikte geneesmiddelen in de kleine chirurgie, zoals antibiotica, kunnen sensibiliseren, terwijl het nuttig effect nooit bewezen is. De leden van de conferentie konden zich daarom goed vinden in het advies om dergelijke middelen niet te gebruiken.

### Pathologisch-anatomisch onderzoek

Bij welke ingrepen dient onderzoek door de patholoog-anatoom plaats te vinden?

Volgens *Bras* moet verwijdering van weefsel in principe leiden tot pathologisch-anatomisch onderzoek.<sup>6</sup> Wij hebben de vraag omgedraaid en zijn tot de volgende stelling gekomen: ieder weefseldeel waarvoor de huisarts geen zekere benigne diagnose kan stellen, dient te worden onderzocht.

*Steffelaar* is van opvatting dat voor PA-onderzoek in het algemeen kan worden volstaan met het aanbieden van in formaline gefixeerd materiaal (bij voorkeur 10 procent 'gebufferde' formaline, verkrijgbaar bij de apotheker).<sup>7</sup> Men doet er echter goed aan hierover

afspraken te maken met de patholoog-anatoom met wie men samenwerkt. Ook over de gewenste klinische gegevens kan men goede afspraken maken.

### Beschouwing

De sfeer van dit stuk ademt minder de voorzichtige en relativerende stemming van andere HGH-artikelen. De inhoud is dan ook ontstaan uit de ervaring van huisartsen die zich al lange tijd intensief met kleine chirurgie hebben bezig gehouden. Wij hebben, in tegenstelling tot eerdere auteurs uit deze serie, deze ervaringen niet uitgebreid kunnen toetsen aan literatuuronderzoek, omdat op dit gebied weinig tot geen werk is verricht. Onderzoek naar de beste weg kan pas gebeuren, als huisartsen ervaring hebben met kleine chirurgie. Dit artikel is geschreven om daarvoor als uitgangspunt te dienen.

<sup>1</sup> De Boer J, e. a. Leerboek chirurgie. Deventer: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

<sup>2</sup> Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1979.

<sup>3</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>4</sup> Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.

<sup>5</sup> Anoniem. Toepassing van middelen voor plaatselijke verdoving anno 1985. Geneesmiddelenbulletin 1985; 19: 61-6.

<sup>6</sup> Bras G. Pathologisch-anatomisch onderzoek op verzoek van huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 17-8.

<sup>7</sup> Steffelaar JW. De pathologische anatomie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 979-82.

### Folder instrumentarium

De oude NHI-praktijkvoeringsbrochure 'Het instrumentarium' is met enkele kleine wijzigingen herdrukt.

Te bestellen bij: Stichting O & O Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332113. Bestelnummer P-10, kosten f 4,- plus verzend- en administratiekosten.