

# Spoeisende geneeskunde in historisch perspectief

Een serie artikelen uit de jaren 1958-1961

EA HOFMANS, JOM ZAAT

## Inleiding

Lezen in oude jaargangen van Huisarts en Wetenschap is als bladeren in de fotoboeken van je ouders: je herkent veel, maar lang niet alles, geregeld word je overvallen door een onbestemd gevoel van weemoed, en het is allemaal zo hopeloos ouderwets.

In de tweede jaargang van Huisarts en Wetenschap introduceerde de redactie-commissie een serie artikelen over het thema 'Spoeisende gevallen'. 'Daar spoedisend niet identiek is met ernstig, zal de lezer in deze serie onderwerpen kunnen aantreffen, variërend van "een levend insect in de gehoorgang" tot "coma diabeticum". Het gaat in deze serie speciaal om gevallen, waarin snel en juist handelen voor de huisarts is geboden, zodat, zonder diep op de theoretische problemen in te gaan, deze artikelen vooral op de praktijk zullen zijn ingesteld. Wij weten hiermee tegemoet te komen aan de wens van vele huisartsen.' Aldus luidde de korte kader-tekst waarmee de serie werd ingeleid. In de loop van ruim twee jaar zouden 32 afleveringen verschijnen.<sup>1-32</sup>

Nascholing van 40 jaar geleden – wat moet je ermee? Gewoon weggooien of toch maar bewaren? En wat voor zin heeft dat dan? En is er per saldo in die 40 jaar wel iets veranderd?

Die laatste vraag was het uitgangspunt voor een poging tot inventarisatie en evaluatie aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Welke spoedisende situaties zijn destijds behandeld in de serie 'Spoeisende gevallen in de algemene praktijk', en hoe luiden de concrete richtlijnen voor de eerste hulp die de huisarts in deze situaties zou kunnen of moeten bieden?
- In hoeverre zijn deze richtlijnen thans verouderd?

## Methoden

Wij stelden een lijst op van alle onderwerpen die destijds in de serie zijn behandeld en legden per onderwerp vast uit welke

## Samenvatting

**Hofmans EA, Zaat JOM. Spoedisende geneeskunde in historisch perspectief. Een serie artikelen uit de jaren 1958-1961. Huisarts Wet 2000;43(12):538-42.**

**Inleiding** In de jaren 1958-1961 verscheen in Huisarts en Wetenschap een serie artikelen over 'spoedisende gevallen in de algemene praktijk'.

Onderzocht werd in hoeverre de adviezen die in deze serie worden gegeven, nog steeds actueel zijn.

**Methoden** Wij inventariseerden alle onderwerpen die in de serie zijn behandeld, en de daarbij gegeven adviezen. Deze adviezen werden vergeleken met de adviezen in het recente 'Spoeisende geneeskunde voor de huisarts' en de relevante NHG-standaarden.

**Resultaten** Vergelijking van de adviezen was mogelijk voor 22 spoedisende situaties. In 7 gevallen overheersten de verschillen, in 5 gevallen waren er, naast verschillen op farmacotherapeutisch gebied, ook sterke overeenkomsten, en in 8 gevallen overheersten de overeenkomsten. In één geval (peritonsillair abces) was het medisch handelen op zichzelf niet veranderd, maar wordt daarvoor standaard verwezen naar de KNO-arts, en in één geval (corpus alienum in oor) berustten de verschillen waarschijnlijk vooral op een verschil in de praktische uitwerking van het onderwerp.

**Beschouwing** Per saldo blijkt er niet zo veel veranderd. Opvallender dan de achterliggende medische en farmacotherapeutische veranderingen zijn de veranderingen in de presentatie van dit soort nascholingsartikelen in H&W: die is veel korter en zakelijker geworden – explicieter gestructureerd en meer praktijkgericht.

E.A. Hofmans, historicus; dr. J.O.M. Zaat, huisarts.

Correspondentie: E.A. Hofmans, Postbus 10482, 1001 EL Amsterdam; e-mail meditekst@wxs.nl

maatregelen de eerste hulp door de huisarts volgens de toen vigerende inzichten zou moeten bestaan.

Voor de actuele 'state of the art' gebruikten we twee bronnen: de tweede, geheel herziene druk van 'Spoeisende geneeskunde voor de huisarts' (1997)<sup>33</sup> en de richtlijnen voor spoedisende situaties in de relevante NHG-standaarden.<sup>34-41</sup>

Ten slotte hebben we op simpele wijze gescoord in hoeverre de richtlijnen van 40 jaar geleden wel of niet overeenkomen met de huidige inzichten:

- Essentiële verschillen. Hierbij valt vooral te denken aan fundamenteel gewijzigde medische inzichten of geneesmiddelen uit een geheel andere farmacologische groep.
- +/- Naast essentiële overeenkomsten ook essentiële verschillen, met name op het gebied van de medicamenteuze therapie (nieuwe geneesmiddelen met een betere werking en/of minder bijwerkingen uit dezelfde farmacologische groep).
- + Richtlijnen in essentie identiek.

## Resultaten

In het kader van de serie zijn 60 onderwerpen min of meer expliciet besproken, waarbij sommige onderwerpen in twee bijdragen aan de orde kwamen (tabel 1); aandoeningen die alleen in het voorbijgaan werden genoemd, zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Het aantal behandelde onderwerpen bleek per artikel te variëren van één tot tien.

Tien onderwerpen sloten we bij voorbaat uit van verdere analyse, deels omdat ze naar ons idee ten onrechte in de serie zijn opgenomen, deels omdat ze niet langer actueel zijn:

- complicaties van acute en chronische otitiden;
- arteriële embolie;
- coma hepaticum;
- serumziekte;
- dreigende afsluiting luchtwegen door larynxdifterie;
- afgebroken (aniline)potloodpunt in het oog;

**Tabel 1** De in de serie behandelde onderwerpen

|                                                                                                                         |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Hypoglykisch coma <sup>1*</sup>                                                                                         | Afgebroken potloodpunt in oog <sup>7†</sup>                     |
| Diabetisch coma <sup>1*</sup>                                                                                           | Lasogen <sup>7*‡</sup>                                          |
| Neusbloeding <sup>2*</sup>                                                                                              | Conjunctivitis <sup>7</sup>                                     |
| Neustrauma <sup>2*</sup>                                                                                                | Suïcidepoging <sup>8</sup>                                      |
| Corpus alienum in de neus <sup>2*</sup>                                                                                 | Koolmonoxidevergiftiging <sup>9*</sup>                          |
| Acute sinusitis frontalis <sup>2*‡</sup>                                                                                | Acute salicylvergiftiging <sup>10*</sup>                        |
| Peritonsillair abces <sup>2*</sup>                                                                                      | Acute vergiftiging door aminopyrine (Pyramidon) <sup>10†</sup>  |
| Plotselinge heesheid bij iemand die 'diezelfde dag moet zingen, voordragen of een spreekbeurt vervullen' <sup>2*‡</sup> | Ventiel- of spanningspneumothorax <sup>11,27*</sup>             |
| Corpus alienum in oor <sup>2*</sup>                                                                                     | Status epilepticus <sup>12*</sup>                               |
| Acute otitis media purulenta <sup>2*</sup>                                                                              | Acute alcoholvergiftiging <sup>13</sup>                         |
| Complicaties van acute en chronische otitiden <sup>2†</sup>                                                             | Hemoptoe <sup>14*</sup>                                         |
| Ménière-aanval <sup>2*</sup>                                                                                            | Astma-aanval <sup>15,27*</sup>                                  |
| Arteriële embolie <sup>3†</sup>                                                                                         | Brandwonden <sup>16*</sup>                                      |
| Coma hepaticum <sup>4†</sup>                                                                                            | Spoedeisende gevallen in de mondheeskunde <sup>17†</sup>        |
| Anafylactische shock <sup>5,32*</sup>                                                                                   | Farynx- en slokdarmverbrandingen <sup>18*‡</sup>                |
| Serumziekte <sup>5†</sup>                                                                                               | Cerebrovasculaire aandoeningen <sup>19</sup>                    |
| Dreigende afsluiting van de luchtwegen door – corpus alienum <sup>6</sup>                                               | Asthma cardiale en longoedeem <sup>20*</sup>                    |
| – trauma <sup>6</sup>                                                                                                   | Acute urineretentie <sup>21*</sup>                              |
| – dubbelzijdige 'posticus verlamming' <sup>6</sup>                                                                      | Acute intoxicatie met barbituurzuurverbindingen <sup>22†</sup>  |
| – larynxdifterie <sup>6†</sup>                                                                                          | Anurie <sup>23</sup>                                            |
| – Quincke's oedeem <sup>6</sup>                                                                                         | Longembolie <sup>24*</sup>                                      |
| – verbranding <sup>6</sup>                                                                                              | De acute buik in de zwangerschap <sup>25</sup>                  |
| Verkleuringen en zwellingen van de oogleden + eventueel conjunctiva <sup>7</sup>                                        | Divertikels in de buik <sup>26</sup>                            |
| Acute ontsteking van klieren in de oogleden van Moll, Zeiss of Meyboom <sup>7*‡</sup>                                   | Bronchiolitis bij kinderen <sup>27*</sup>                       |
| Acuut congestief glaucoom <sup>7</sup>                                                                                  | Pertussis kinkhoest bij kinderen <sup>27†</sup>                 |
| Snij- of scheurwonden van de oogleden <sup>7</sup>                                                                      | Verdrinking bij kinderen <sup>27*‡</sup>                        |
| 'Ingewaaid vuiltje' <sup>7</sup>                                                                                        | Ademhalingsdepressie of -stilstand bij kinderen <sup>27*‡</sup> |
| 'Gesprongen aartje in het oog' <sup>7</sup>                                                                             | Acute appendicitis <sup>28</sup>                                |
| Verbrandingen en etsingen <sup>7</sup>                                                                                  | Ileus <sup>29</sup>                                             |
|                                                                                                                         | Galsteenkoeliek <sup>30*</sup>                                  |
|                                                                                                                         | Stompe buiktraumata <sup>31*‡</sup>                             |

\* Min of meer expliciete richtlijnen voor eerste hulp.

† Bij analyse buiten beschouwing gelaten.

‡ Niet behandeld in 'Spoedeisende geneeskunde voor de huisarts'.

**Tabel 2** Uitkomsten van de vergelijking

| Overwegend verschillen                  | Vooral overeenkomsten             |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Acute otitis media                      | Diabetisch coma                   |
| Status epilepticus                      | Neusbloeding                      |
| Astma-aanval                            | Neustrauma                        |
| Asthma cardiale en longoedeem           | Corpus alienum in de neus         |
| Bronchiolitis bij kinderen              | Ventiel- of spanningspneumothorax |
| Galsteenkoeliek                         | Brandwonden                       |
| Ménière-aanval                          | Longembolie                       |
|                                         | Acute urineretentie               |
| Deels overeenkomsten, deels verschillen | Niet te categoriseren             |
| Hypoglykisch coma                       | Peritonsillair abces              |
| Anafylactische shock                    | Corpus alienum in oor             |
| Koolmonoxidevergiftiging                |                                   |
| Acute salicylvergiftiging               |                                   |
| Hemoptoe                                |                                   |

- acute vergiftiging door aminopyrine;
- spoedeisende gevallen in de mondheeskunde;
- acute intoxicatie met barbituurzuurverbindingen;
- pertussis.

Als we deze onderwerpen buiten beschouwing laten, blijven er 50 over.

Helaas worden in de serie bij slechts 30 van deze onderwerpen ook concrete adviezen gegeven. Daarmee zijn we er nog niet: in acht van deze gevallen wordt het desbetreffende onderwerp niet of nauwelijks behandeld in 'Spoedeisende geneeskunde voor de huisarts' (tabel 1). Zo resteren per saldo niet meer dan 22 spoedeisende situaties waarvoor een vergelijking mogelijk is.

De uitkomst van deze vergelijking levert een evenwichtige verdeling op: 7× –, 5× +/- en 8× + (tabel 2), benevens twee gevallen waarbij een keuze niet goed mogelijk was:

- bij het peritonsillair abces bleek de behandeling op zichzelf nog praktisch ongewijzigd, maar inmiddels wordt hiervoor standaard verwezen naar de KNO-arts;
- bij de adviezen voor het handelen bij een corpus alienum in het oor is eerder sprake van een niet geheel volledige opsomming dan van verschillen in medisch inzicht: in de H&W-serie ontbreekt het plantaardige voorwerp (belangrijkste advies: *niet* uitspuiten); in het boek ontbreken de 'torretjes, vliegen of muggen' (advies: eerst druppel ether, brandspiritus, eau de cologne of zoete olie, daarna uitspuiten).

In tabel 3 laten we voor zes onderwerpen zien waarop onze interpretaties zijn gebaseerd; de tabel met de vergelijking van alle 22 onderwerpen is te vinden op internet (<http://www.artsennet.nl/nhg>).

## Beschouwing

Het terrein van de spoedeisende geneeskunde voor de huisarts lijkt nog steeds te worden beheerst door vertegenwoordigers van de intramurale geneeskunde: behalve

**Tabel 3** Zes richtlijnen in de H&W-serie 'Spoedeisende gevallen' vergeleken met de corresponderende richtlijnen in 'Spoedeisende geneeskunde voor de huisarts'<sup>33</sup> en in de relevante NHG-standaard

| Serie Spoedeisende gevallen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Spoedeisende geneeskunde voor de huisarts <sup>33</sup> /Standaard                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Mate van overeenstemming commentaar                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bronchiolitis bij kinderen</b> <sup>27</sup><br>1 Bronchodilatoren (efedrine, aminofylline, adrenaline).<br>2 Sedativum (fenobarbital): leidt tot rust en vermindert de zuurstofbehoefte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Keeman &amp; Schadé</i> , pp. 319-20<br>1 Bevochtiging van omgeving.<br>2 Halfzittende houding in een hoek van 30-40°.           3 Geen antibiotica.<br>4 Corticosteroïden wellicht niet nuttig en mogelijk nadelig.<br>5 Zuurstof en parenteraal vocht en eventueel sedering.                                                                                                                                                             | –<br>In huidige advies geen bronchodilatoren; deze worden echter wel gebruikt, en met succes. <sup>42</sup>                                                                                                                                   |
| <b>Ménière-aanval</b> <sup>2</sup><br>1 Patiënt in de prettigste houding laten liggen.<br>2 Meedelen dat de aanval spoedig vanzelf over zal gaan.<br>3 Brometa of andere calmantia.<br>4 Uitspuiten goede oor met water van een temperatuur die een nystagmus opwekt tegengesteld aan de bestaande spontane.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Keeman &amp; Schadé</i> , p. 452<br>Cinnarizine 2-3 dd 25 mg of betahistine (2-3 8-16 mg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | –                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Hypoglykemisch coma</b> <sup>1</sup><br>1 Patiënt bij bewustzijn: toediening 5-10 suikerklontjes. 'Bij somnolente patiënten gelukt het dikwijls nog voldoende suikeropname te bewerkstelligen door klontjes in de wangzak te duwen.'<br>2 Bij bewusteloosheid: intraveneuze inspuiting 50-100 ml 50% glucose-oplossing.<br>3 Indien dit niet helpt: spoedopname in ziekenhuis.                                                                                                                                                                                                                  | <i>Keeman &amp; Schadé</i> , p. 176<br>1 25-100 mg glucose, opgelost in drinkbare vloeistof (thee, limonade). Vermijd bij subcomateuze patiënten orale toediening in verband met het aspiratiegevaar.<br>2 Intraveneus glucose.<br>3 Glucagon.<br>4 Spoedopname.<br><br><i>NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II</i> <sup>34</sup><br>1 Koolhydraatrijke drank, minimaal 30 g suiker.<br>2 Intraveneus 20-40 ml 50% glucose.<br>3 Glucagon. | +/-<br>Het verschil zit (vooral) in de toediening van glucagon, dat destijds nog niet bestond. Het advies om suikerklontjes in de wangzak te duwen lijkt niet strijdig met had advies om subcomateuze patiënten geen vloeistof toe te dienen. |
| <b>Koolmonoxidevergiftiging</b> <sup>9</sup><br>1 Kunstmatige ademhaling + zuurstof-koolzuurinhalatie (95-5%).<br>2 Warm houden van de patiënt.<br>3 Bij zeer uitgesproken longoedeem: eventueel aderlating (zijn ook bezwaren tegen).<br>4 Eventueel, ter stimulering van ademhaling en circulatie: coramine of lobeline subcutaan of intraveneus.<br>5 Bij langdurig coma: antibiotica.<br>6 Absolute bedrust                                                                                                                                                                                    | <i>Keeman &amp; Schadé</i> , pp. 72, 512-3<br>1 Overplaatsing naar ruimte met frisse lucht en 100% zuurstof.<br>2 Eventueel beademing.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | +/-<br>Uitvoerder richtlijnen in de serie (maar destijds kwam koolmonoxidevergiftiging ook veel vaker voor). Opvallend is dat in de serie nadrukkelijk wordt gewaarschuwd tegen 100% zuurstof.*                                               |
| <b>Neusbloeding</b> <sup>2</sup><br>1 Patiënt neus laten snuiten en keel laten schrapen.<br>2 Inspectie van de neus.<br>3 Bij bloeding vóór in de neus: neusvleugels gedurende enige minuten krachtig laten samenknijpen.<br>4 Lukt dit niet: watje met sol. adrenalin 1/1000 op bloedende plaats.<br>5 Lukt dit niet: dichtschroeien met trichloorazijnzuur in verzadigde oplossing (geen chroomzuur of helse steen!) Alternatieven zijn: elektrocauter en een rood gloeiende sonde.<br>6 Als dit alles faalt: tamponneren van de neus; meestal is dan echter opname in een ziekenhuis ook nodig. | <i>Keeman &amp; Schadé</i> , pp. 462-3<br>1 Neus goed snuiten of schoonzuigen.<br>2 Verdoving met oppervlakkig anaestheticum met vasoconstrictor.<br>3 Cauteriseer met elektrocaustiek of trichloorazijnzuur 50%.<br>4 Tamponade vaseline tampon of bij nog ernstiger bloedingen volgens Belloq (KNO-arts).                                                                                                                                   | +<br>Alleen xylocaïne in plaats van adrenaline.                                                                                                                                                                                               |
| <b>Brandwonden</b> <sup>16</sup><br>1 Behandelen shock.<br>2 Pijn verlichten, patiënt geruststellen.<br>3 Voorkomen van secundaire infectie door een dik steriel verband in vier tot zes lagen over het verbrande gebied te leggen.<br>4 Kleren losknippen (zorg voor schone handen).<br>5 Bij uitgebreide verbranding: patiënt in schoon laken wikkelen en naar het ziekenhuis transporteren.<br>6 Alleen laten drinken om de dorst te lessen.                                                                                                                                                    | <i>Keeman &amp; Schadé</i> , p. 375<br>1 Langdurig koelen met koud stromend water.<br>2 Kleine wonden: bedekken met vaselinegassjes.<br>3 Oppervlakkige tweedegraads: 1% zilver sulfadiazine-crème.<br>4 Grote brandwonden verwijzen (uitgebreide instructies).                                                                                                                                                                               | +<br>Wat in de serie ontbreekt, is het advies om langdurig te koelen; dit lijkt eerder een ommissie van de auteur dan een uiting van andere inzicht. De verbandmiddelen zijn inmiddels aanzienlijk verbeterd                                  |
| <b>Legenda</b><br>– Essentiële verschillen. Hierbij valt vooral te denken aan fundamenteel gewijzigde medische inzichten of geneesmiddelen uit een geheel andere farmacologische groep.<br>+/- Naast essentiële overeenkomsten ook essentiële verschillen, met name op het gebied van de medicamenteuze therapie (nieuwe geneesmiddelen met een betere werking en/of minder bijwerkingen uit dezelfde farmacologische groep).<br>+ Richtlijnen in essentie identiek.                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |
| * 'Het koolzuur prikkelt het ademhalingscentrum en vasomotorencentrum, waardoor het volume en de frequentie van de ademhaling toenemen en de bloeddruk en polsfrequentie stijgen. De longen worden beter ontplooid en de longcirculatie verbeterd. Het koolzuur heeft een gunstige invloed op de congestieve verschijnselen in de longen en hersenen en zou daardoor het optreden van longcomplicaties en van cerebrale stoornissen tegengaan.'                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |

**Het openen van een peritonsillair abces**

Bij *keelabcessen* neme men, uit menselijkheid, ook een spoedbeslissing. Afwachten tot het abces rijp is, is een wreed tijdverdrijf als het tenminste geen uiting van onvermogen is om het abces vast te stellen. Indien er een duidelijk oedeem van de voorste tonsilboog en trismus bestaat, terwijl de aangedane verhemelteboog bij foneren stil staat, is er een abces en is openen geboden, ondanks alle reeds gevonden of nog ongeboorte antibiotica en ondanks alle legenden over rijpen. De bijna steeds schier ondraaglijke pijn en malaise verdwijnen als bij toverslag op het moment dat aan de pus de mogelijkheid tot afvloeien wordt gegeven. Dit openen is een handeling die

de huisarts zeker zelf kan verrichten. Als hij hiertoe een lange slanke Kocher of een neustampontang tussen de tonsil en de gezwellen verhemelteboog juist halverwege tussen de derde molaar en de basis van de huig naar boven achter buiten in brengt tot op een diepte van 1 à 2 cm en dan het instrument opent, komen de pus en de verlichting terstond; de trismus verdwijnt evenals de zo kenmerkende lichte dwangstand van het hoofd, waaraan de ervaren deze patiënten reeds van verre herkent, terwijl de typerende dikke spraak al gauw normaal wordt. Deze methode van openen is beslist minder gevaarlijk dan het gebruik van een mes, dat ik liever niet aan

huisartsen zou aanbevelen voor het openen van peritonsillaire abcessen. Wel zij men danig op zijn hoede voor schijnbare keelabcessen zonder trismus. De zwelling en het gehele beeld lijken op een peritonsillair abces doch de mond kan normaal geopend worden. De kans is zeer groot dat er dan geen pus zit doch dat men te maken heeft met een toxische difterie. De pijn is bij deze patiënten meestal minder doch de algemene ziekteindruk vaak veel ernstiger. Men zij vooral daarom op zijn hoede, omdat lokale agressie veelal de toch reeds dubieuze prognose geheel infaust maakt. Het inroepen van zeer deskundige hulp is in geval van twijfel dan ook aangewezen.

het inleidende, algemene hoofdstuk is het gehele, 657 pagina's tellende naslagwerk van *Keeman & Schadé* geschreven door medisch specialisten, net als 40 jaar geleden de complete H&W-serie. Slechts enkele onderwerpen rond acute geneeskunde komen aan de orde in NHG-standaarden. Of de huidige adviezen intussen beter zijn onderbouwd dan de adviezen uit het verleden, is nog maar de vraag. Zo is bijvoorbeeld het advies bij de bronchiolitis in het boek van *Keeman & Schadé* niet juist meer. Bronchodilatoren blijken wel degelijk klinisch effectief te zijn, en daarmee is het advies uit 1962 achteraf gezien meer 'evidence based' dan de richtlijn uit 1997.<sup>27,33,42</sup>

**Verschillen**

De grote afwezigheid in de H&W-serie is natuurlijk het acute hartinfarct – dat onderwerp zou pas in 1971 aan de orde komen.<sup>43</sup> Naar verhouding telt de serie veel kleine acute aandoeningen. Acute situaties in de psychiatrie (delier, psychose) ontbreken en ook de neurologische spoedgevallen lijken wat onderbedeeld (acute verlamming, coma, trauma capitis).

Vervult de opvallendste verandering die zich in de afgelopen 40 jaar heeft voorgedaan, ligt op het terrein van de farmacotherapie: er zijn medicamenten bijgekomen – zoals de benzodiazepinen en een sterk verbeterde astmamedicatie – en er zijn omgekeerd medicamenten in onbruik geraakt, met name de barbituraten.

Van wezenlijke veranderde medische inzichten is alleen sprake bij otitis media acuta (paracentese wordt nauwelijks meer

**De kern**

- De hulpverlening door de huisarts bij spoedeisende situaties is de afgelopen 40 jaar in twee opzichten veranderd:
  - sommige situaties komen niet of nauwelijks meer voor, zoals kinkhoest, difterie, massale hemoptoë en koolmonoxidevergiftiging;
  - in farmacotherapeutisch opzicht hebben zich belangrijke ontwikkelingen voorgedaan.
- Op het gebied van de onderliggende medische inzichten is betrekkelijk weinig veranderd.
- De presentatie van dit soort nascholing in H&W is thans veel korter en zakelijker, meer praktijkgericht en explicieter gestructureerd.

toegepast), de behandeling van astma, (waarbij de corticosteroïden nu standaard zijn op basis van een beter inzicht in de achterliggende pathofysiologische mechanismen) en de snel veranderende aanpak van asthma cardiale (zie ook de bijdrage van *Huls & Giesen* in dit nummer<sup>44</sup>).

Een niet voorziene, extra categorie was nodig door verschuivingen in de taakafdeling tussen huisarts en specialist: de KNO-arts Jongkees vertrouwde destijds

de huisarts zowel het incideren van een peritonsillair abces (*kader*) als de uitvoering van paracentese toe.<sup>2</sup>

**Overeenkomsten**

Per saldo springen toch vooral de overeenkomsten in het oog. Cerumenleptjes en haakjes bij knikkers in de neus en dikke injectienaalden in de borst bij een spanningspneumothorax blijken 40 jaar lang hetzelfde te zijn gebleven, en hoewel de diagnostiek van longembolie aanzienlijk is veranderd, geldt dat niet voor de behandeling met heparine. Vooral veel niet-medische adviezen lijken tijdloos te zijn, zoals rechtopzitten bij astma en neussnuiten bij een neusbloeding. Meer in het algemeen kunnen we vaststellen dat ook destijds al het besef bestond dat 'spoedeisend' niet hetzelfde is als 'ernstig', en dat men ook toen al serieus rekening hield met het perspectief van de patiënt.

**H&W 40 jaar later**

Minstens zo opvallend als de farmacotherapeutische en geneeskundige veranderingen zijn de veranderingen die Huisarts en Wetenschap in de afgelopen 40 jaar heeft ondergaan.

In de eerste plaats moet worden vastgesteld dat dit soort nascholingsartikelen niet meer in H&W wordt gepubliceerd. De reden ligt voor de hand: de huisarts kan inmiddels over adequate naslagwerken beschikken en daarmee is een dergelijke serie overbodig.

In de tweede plaats is de presentatie sterk veranderd: alle artikelen in de serie bestaan uit vele pagina's tekst, met hier en

daar een witregel en hooguit een enkele cursivering; samenvattingen, koppen, illustraties en tabellen ontbreken volledig. Ook het taalgebruik doet verouderd aan: afstandelijk, nadrukkelijk docerend en vaak nodeloos plechtstatig. Dat wrekt zich in het bijzonder bij de minder begaafde scribenten: hun vertogen getuigen weliswaar van grote geleerdheid, maar de praktisch relevantie van hun expertise voor de Nederlandse huisarts wordt vaak niet duidelijk. Zo heeft de neuroloog Verbiest drie afleveringen over 'apoplexia cerebri' nodig, waarna hij het geheel besluit met de volgende verzuchting: 'De onderwerpen zijn veel genuanceerder en ingewikkelder dan in deze verhandelingen tot uiting kan komen. Het was vooral de bedoeling de voor de huisarts belangrijke aspecten naar voren te brengen.' Maar waaruit die 'voor de huisarts belangrijke aspecten' dan wel bestonden, moet de modale lezer destijds volledig zijn ontgaan.

Gelukkig telde de serie ook enkele zeer leesbare en instructieve artikelen. Dat geldt in het bijzonder voor de aflevering van de hand van *Jongkees*, destijds hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde – een ervaren auteur met uitgesproken opvattingen en een zelfverzekerde, licht ironische toonzetting. Hij combineert in zijn onderhoudende bijdrage een groot vertrouwen in het technisch kunnen van de huisarts en een sterke betrokkenheid bij de patiënt met afgewogen, praktische adviezen, zoals voor het behandelen van een neusbloeding of het openen van een peritonsillair abces (*kader*). Lezing van deze laatste tekst bracht de eerste auteur in herinnering hoe zijn vader in het najaar van 1963 – dus kort na deze publicatie van *Jongkees* – de hier beschreven handelingen bij hemzelf verrichtte, met het beloofde weldadige effect.

### Conclusie

Achteraf moeten we vaststellen dat de redactiecommissie destijds niet ten volle is geslaagd in haar aanvankelijke opzet: in veel afleveringen van de serie 'Spoedeisende gevallen in de algemene praktijk' wordt wel degelijk nodeloos diep inge-

gaan op theoretische problemen en ontbreken de beloofde praktische richtlijnen en adviezen.

Ook in dat opzicht is er het een en ander veranderd.

### Literatuur

- Schlesinger FG. Insuline-hypoglykemie en diabetische acidose. Huisarts Wet 1958-59;2:131-4.
- Jongkees LBW. Keel-, neus- en oorafwijkingen. Huisarts Wet 1958-59;2:150-5.
- Muller H. Acute stoornissen van de arteriële circulatie van de extremiteiten. Huisarts Wet 1958-59;2:170-2.
- Brandt KH. Coma hepaticum. Huisarts Wet 1958-59;2:198-2.
- Brandwijk AC, Cohen HH. Serum- en allergische reacties. Huisarts Wet 1958-59;2:219-23.
- Belgraver P. Dreigende afsluiting van de luchtwegen. Huisarts Wet 1958-59;2:229-34.
- Flieringa HJ. Spoedeisende gevallen in de oogheelkunde. Huisarts Wet 1959-60;3:6-12.
- Horst R. De suïcidepoging in de praktijk van de huisarts. Huisarts Wet 1959-60;3:31-4.
- Borst JR. Voorkomen en voorkomen van koolmonoxydevergiftiging. Huisarts Wet 1959-60;3:38-64.
- Van Wayen RGA. Vergiftigingen met salicylverbindingen en andere analgetica. Huisarts Wet 1959-60;3:90-4.
- Enneking JAMJ. Spontane pneumothorax. Huisarts Wet 1959-60;3:116-9.
- Lorentz de Haas AM. Status epilepticus. Huisarts Wet 1959-60;3:114-3.
- Ketel AP. Acute alcoholvergiftiging, symptomen en behandeling. Huisarts Wet 1959-60;3:181-5.
- Swierenga J. Hemiparalyse. Huisarts Wet 1959-60;3:203-6.
- Deenstra H. De astma aanval. Huisarts Wet 1959-60;3:226-8.
- Leguit P. De behandeling van patiënten met brandwonden. Huisarts Wet 1959-60;3:250-2.
- Van der Kwast AM. Spoedeisende gevallen in de mondheelkunde. Huisarts Wet 1959-60;3:288-92.
- Gerlings P. Pharynx- en slokdarmverbrandingen door zuren en logen. Huisarts Wet 1959-60;3:307-10.
- Verbiest H. Apoplexia cerebri. Huisarts Wet 1959-60;3:340-3, 378-82, 408-11.
- Chaillet JL. Asthma cardiale. Huisarts Wet 1959-60;3:462-5.
- Boer PW. Acute urineretentie. Huisarts Wet 1961;4:6-9.
- Booy J. De behandeling van de acute intoxicatie met barbituurzuurverbindingen. Huisarts Wet 1961;4:38-45.
- Twiss EE. Anurie. Huisarts Wet 1961;4:79-82.
- Fontein JFL. Longembolie. Huisarts Wet 1961;4:376-81.
- Rottinghuis H. De 'acute buik' in de zwangerschap. Huisarts Wet 1962;5:2-5.
- Slingenberg JH. Diverti' ls in de buik. Huisarts Wet 1962;5:61-3.
- Bos E. Acute luchtwegaandoeningen bij kinderen. Huisarts Wet 1962;5:80-5.
- Den Otter G. Acute appendicitis. Huisarts Wet 1962;5:145-9.
- Eeftinck Schattenkerk JCP. Ileus. Huisarts Wet 1962;5:1809-3.
- Boevé J. Acute afwijkingen van de galwegen. Huisarts Wet 1962;5:266-8.
- Van der Slikke W. Het stompe buiktrauma. Huisarts Wet 1962;5:298-300.
- Van Dommelen CKV. Shock en collaps. Huisarts Wet 1962;5:373-8.
- Keeman JN, Schade E. Spoedeisende geneeskunde voor de huisarts. Tweede, geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Rutten GEHM, Verhoeven S, Heine RJ, et al. NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II (eerste herziening). In: Geijer R, et al., redactie. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- Dagnelie CF, Zwart S, Balder FA, et al. NHG-Standaard Acute Keelpijn. In: Geijer R, et al., redactie. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- Appelman CLM, Van Balen FAM, Van de Lisdonk EH, et al. NHG-Standaard Otitis Media Acuta. In: Geijer R, et al., redactie. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- Dirksen WJ, Geijer RMM, De Haan M, et al. NHG-Standaard Astma bij Kinderen. In: Geijer R, et al., redactie. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- Geijer RMM, Van Hensbergen W, Bottema BJAM, et al. NHG-Standaard Astma bij Volwassenen: Behandeling. In: Geijer R, et al., redactie. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- Geijer RMM, Van Essen-Zandvliet EEM, Flikweert S, et al. Landelijke Transmurale Afspraak: Astma bij Kinderen. Huisarts Wet 1998; 41:144-6.
- Walma EP, Bakx HCA, Besselink RAM. NHG-Standaard Hartfalen. Huisarts Wet 1998; 38:471-87.
- Klomp MFL, Gercama AJ, De Jonge-Wubben JGM, et al. NHG-Standaard Beroepsziekten Mictie bij oudere Mannen. Huisarts Wet 1994;37:357-65.
- Tang N, Wang E. Bronchiolitis. In: Godlee F, editor. Clinical evidence, issue 3. London: BMJ Publishing Group, 2000.
- Vonk JThCh. De taak van de huisarts bij het acute myocardinfarct. Huisarts Wet 1971;14:4-10.
- Huls MHJ, Giesen PHJ. De behandeling van acuut hartfalen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2000;43(12):522-7.