

VERGIFTIGING DOOR WATERSCHEERLING

Naar aanleiding van de mededeling van coll. KEIZER over dit onderwerp zij het mij vergund te wijzen op het hierover bij GERARD VAN SWIETEN aangehaalde 1): *Bini pueri & sex puellae cicutae aquaticae radicem comederant in pratis inventam; domum reduces ambo pueri diris convulsionibus misere perierunt, nihil autem per alvum vel vomitum prodierat. Puellae omnes evaserunt, veneno ingesto per vomitum satis cito excusso. Omnium citissime convaluit una ex his puellis, cui jam convulsae, dentibus vi diductis, pater infusum tabaci aqua fontana factum ingesserat, unde mox radices comestas violentissime evomit 2).*

Deze waterscheerling, *Cicuta virosa* (= met veel virus of gif), Frans: la ciguë vireuse, ciguë d'eau, cicutaire aquatique is wel te onderscheiden van de scheerling in engere zin, de uit de pharmacopee bekende *Conium maculatum*, die in het Frans wordt aangeduid als la ciguë proprement dite, grande ciguë, ciguë commune, ciguë officinale; in de oudheid werd het zaad, het sap en de blaren veel als koortswerend („verkoelend”) en afvoermiddel gebruikt. Het sap, in grote hoeveelheid genomen, werd te Athene aan de ter dood veroordeelden te drinken gegeven. En zo dronk ook de grijze SOCRATES, in zijn kerker temidden van zijn trouwe leerlingen en vrienden, gelaten en in de hoop op een beter leven zijn gifbeker uit (399 v. Chr.). (Vandaar de Franse naam: ciguë de SOCRATE, ciguë des anciens.)

Van het gebruik van deze dolle kervel 3) als geneesmiddel vooral tegen krankzinnigheid wordt, behalve bij PLINIUS (*Nat. Hist.* XXV, 13, 151) ook bij HORATIUS gewag gemaakt, waar deze zegt (*Epist.* II, 2, 53):

Quae poterunt umquam satis expurgare cicutae 4).

Rotterdam, 14 Augustus 1949

A. G. J. HERMANS

PATIËNTEN DIE NIETS MANKEREN

Behalve degenen, die moeten worden benaderd op de wijze als door dr. VAN VALKENBURG is aangegeven, en waarvoor hij de huisartsen goede middelen aan de hand geeft zonder in hen specialisten in de psychologie te veronderstellen, zijn er nog velen, die geholpen zouden zijn door een duidelijk „stop”-teken, gegeven door het gehele medische front waartoe in onze tijd de patiënt zich kan richten. Men moet weer „neen” durven zeggen tot de patiënt.

Hoe komt het, dat de schattingen inzake het aantal functionele afwijkingen onder hen, die een arts raadplegen, kunnen variëren van 35 tot 70 pCt. met een gemiddelde van 50 pCt. (*N.T.v.G.*, blz. 2594, 1948). Schreef niet dr. A. WILLEMSE in Deel I van zijn *Inwendige Geneeskunde* in 1936: „Als ik de ervaringen van enkele mij bekende fondsartsen uit een industriestreek en uit een stad meedeel: n.l. dat 50 tot 70 pCt. der ziekvierenden niets mankeert, dan klinkt dit in

1) GERARDI VAN SWIETEN, *Commentaria in HERMANNI BOERHAAVE Aphorismos*, Parisii, G. CAVELIER 1769, Dl. I, blz. 336.

2) Een tweetal jongens en zes meisjes hadden van wortel van de waterscheerling gegeten, die ze in de wei gevonden hadden; bij hun thuiskomst stierven beide knapen onder afschuwelijke krampen een ellendige dood, want niets was van onder of van boven naar buiten gekomen. De meisjes kwamen er alle met het leven af, daar het ingenomen vergif vrij snel werd uitgebraakt. Het allersnelst van deze meisjes genas er een, bij wie, toen zij reeds krampen had, haar vader met geweld de tanden vaneentrok, waarna hij een afgietsel van tabak en bronwater had ingegoten, waarop zij weldra de gebruikte wortels met kracht uitbraakte.

3) Het woord kervel (E.: chervil) komt van het Latijn caerefolium, Gr. χαϊρέφυλλον.

Scheerling (Engels: hemlock) wordt in verband gebracht met het Griekse σκάωρ, σκατός (drek, mest; vgl. scatol, scatophaag).

4) Mijn arme hersens, die ik nooit genoeg met scheerling zou kunnen zuiveren.

het oor van buitenstaanders wel erg overdreven". In één jaar vond hij bij zijn observatiepatiënten slechts bij 15 pCt. lichte afwijkingen. Bij de rest werd met alle finesses van een klinisch onderzoek volstrekt niets gevonden! De bedrijfsarts BRUYEL van een „erkende Geneeskundige Dienst" vond in 1946, dat de behandeling van ongevalspatiënten door de huisarts gemiddeld 1½ maal zo lang duurde als die door de geneeskundige dienst (*Orgaan van de Coöperatieve vereniging Centraal Beheer* G.A. 1949, No. 6). De districts-controlerende geneesheer G. I. OLTHUIS schrijft in hetzelfde nummer: „Er lijkt een parellel te bestaan tussen huisartsendichtheid en duur van arbeidsongeschiktheid". „De huisarts wil zijn patiënt niet voor het hoofd stoten en doet daarmee zijn eigen objectiviteit geweld aan". „De schade welke door deze soepelheid aangericht wordt, realiseert men zich niet. Deze ligt niet slechts op financieel, maar evenzeer op moreel terrein". Deze controlerende geneesheer realiseert zich blijkbaar wel, dat men in geen enkele verhouding, ook niet in de contrôle-practijk, een goed beoordelaar van patiënten kan zijn, als men de patiënt niet ziet van diens geestelijke zijde. Het bezwaar van de psychotherapie door de huisarts, namelijk dat de behandeling zo lang moet duren, wordt niet weggenomen door de raadgevingen van dr. VAN VALKENBURG. Het is mijn overtuiging en mijn ontdekking tevens, dat men dit bezwaar te groot acht. Zonder in het uiterste te willen vervallen, dat door BREUKINK vele jaren geleden in dit *Tijdschrift* werd aangegeven en dat ongeveer aldus luidde: „Voor den functionelen lijder geen leefregel, geen medicijn, geen troost, zelfs geen raad!" (dit alles ter wille van diens genezing; B. was psychiater), weet ik met zekerheid, dat men op uitermate korte termijn van een bedlegerige lijdere aan buikklachten en van een thuiszittende hypochonder-ischiaslijder mensen kan maken, die weer met volle moed het reële leven aanvaarden. Dit kostte zeer veel minder tijd dan het herhaaldelijk controleren van de Achillespeesreflex (die best negatief geweest kan zijn) of het instellen van langdurige observaties. Dit kostte namelijk de tijd die nodig was om éénmaal notitie te nemen van de psychische nood van deze lijdere. De voorzichtige huisarts durft deze consequentie niet aan en laat observeren. Zulk een voorzichtigheid is éézijdig. Hoevele patiënten menen niet, dat hun ziekte voldoende wordt verklaard door het aantal observaties, dat zij hebben ondergaan? Was er bij die 85 pCt. van WILLEMSE nu niet één enkele, die door het psychologisch inzicht van de huisarts aan het trauma der observatie ware te onttrekken geweest? Door deze toestand ontstaat de alom vast te stellen onzekerheid bij de patiënten over hun toestand en onzekerheid geeft ellende! Daardoor worden de spreekuren overbevolkt; er is geen tijd voor goed onderzoek; er is niet voldoende zelfverzekerdheid bij de huisarts om te durven vaststellen, dat de „patiënt" niets mankeert. Bij een volgende ziekmelding heeft men geen basis: *circulus vitiosus!* Hoe dikwijls hoort men niet de omkering van het causale verband: ik ben nog ziek, want de dokter heeft mij immers een drankje voorgeschreven. Er wordt veel gesproken over de exorbitante aanspraken, die de patiënten maken op de ziekenfondsen. Werken de huisartsen dit niet zelf in de hand? Wie durft iemand, die zijn hoofd heeft gestoten, nog te zeggen, dat hij geen hersenschudding heeft? — Men moet weer „neen" durven zeggen tegen hen, die de spreekuren bezoeken, op goede gronden: de negatieve per exclusionem van anatomische afwijkingen; de positieve van de duidelijk neurotische inhoud der klachten. Dit zou dan moeten gebeuren over het gehele medische front. Vrees, dat de practijk zal uitwijken naar de *locus minoris resistentiae* in dit front kan worden gereduceerd door maatregelen in ziekenfondsverband; buitendien is vrees een slechte raadgeefster! Dan kan het ook uit zijn met het onderhandelen over de beperking van het aantal bezoeken, dat bij de fondsarts mag worden gebracht, of over het aantal voor te schrijven recepten. Is het ook feitelijk niet een dwaze toestand, dat de huisarts niets meer heeft te vertellen over het tijdstip, waarop zijn patiënt de arbeid kan hervatten? Hier moet de contrôle steeds weer het „neen" uitspreken. Als de huisarts dit ook

zou durven doen, dan zouden de cijfers, die BRUYEL aangeeft, elkaar kunnen naderen. Men moet dit doen niet alleen om stoffelijk, maar vooral om moreel gewin.

Zoals het nu is, is het hopeloos; dit is zo geweest sedert artsen-heugenis; dit zal zo blijven als de artsen hun scrupules blijven richten naar de kans om iets over het hoofd te zien en niet even of nog meer scrupuleus worden tegenover de psychische traumata, die de patiënt steeds weer worden toegebracht als hij ten onrechte als ziek wordt erkend. De doorbraak kan hier alleen komen van de zijde van een nauw aaneengesloten artsenfront.

's-Gravenhage, 19 Augustus 1949

A. A. SNIJDER

De gedachtenwisseling is thans gesloten.

REDACTIE

HET AL OF NIET ISOLEREN VAN LEPRAPATIËNTEN

Naar aanleiding van het artikel in dit *Tijdschrift*, 27 Augustus 1949, van collega GRAMBERG het volgende:

GRAMBERG gaat van het standpunt uit, dat een uitspraak over de besmettelijkheid ener ziekte, i.c. de lepra, praematuur en betwistbaar is, zolang wij geen zekerheid hebben of de bacil van HANSEN *de* (eventueel de enige) oorzaak van lepra is en zolang wij van die bacil niets meer afweten, dan tot nog toe het geval is. Volgens deze redenering zou ook een uitspraak, dat psoriasis niet besmettelijk is, terwijl we van de aetiologie dezer ziekte nog helemaal niets afweten, praematuur en betwistbaar zijn. Inmiddels deelt de schrijver in zijn beschouwing echter mede, zelf te hebben gepropageerd, niet alleen de benigne, maar zelfs ook de maligne gevallen uit „isolatie met dwang” los te laten en zegt letterlijk, dat „met nadruk verkondigen, dat de lepra maar zeer weinig en vaak helemaal niet besmettelijk is, wetenschappelijk zeker verantwoord is en geen vergroting van het gevaar van besmetting voor de maatschappij brengt”.

Het rapport, waarvan de strekking „fully endorsed” is door The British Empire Leprosy Relief Association en dat ruim honderd citaten uit de laatste literatuur bevat, verkondigde hetzelfde en houdt zich bovendien bezig met te bepalen, welke gevallen nu „vaak helemaal niet besmettelijk” zijn. Deze gevallen zijn die, welke op het laatste congres te Havanna de T-gevallen (tuberculoïde lepra) zijn genoemd. Deze T-lepra komt vrijwel overeen met de N-lepra uit het voorgaande congres te Cairo (1938).

Wat de z.g. overgangsvorm, de z.g. *lepra mixta* betreft, die volgens GRAMBERG zoveel te vinden is, kan worden verwezen naar het artikel van ARNOLD (2e secretaris van het Havanna-congres) en SIMONS 1), waarin uiteengezet is, waarom de term *lepra mixta* zo vaak verkeerd is begrepen en daarom als verwarrend is verworpen. *Lepra mixta* (vroeger NL-lepra genoemd) is altijd een lepromateuze lepra met neurologische afwijkingen geweest en vooral niet een combinatie van lepromateuze en tuberculoïde lepra bij hetzelfde individu. De moderne indeling van lepra is in de L- of lepromateuze (de bacillenrijke, lepracellen bevattende, maligne) vorm en de T- of tuberculoïde (de bacillenarme, lepracellenloze, benigne) vorm.

Om zelfs elk zweempje van misverstand te voorkomen, dat men weer een mengvorm van deze „polar forms” zou aannemen, heeft men het voorstel van MUIR om de nog niet gedetermineerde gevallen *intermediair* te noemen, van de hand gewezen. De niet-gedetermineerde gevallen worden volgens de Havanna-classificatie dan ook de *ongedetermineerde* (d.i. indeterminate) genoemd.

De lepra-patiënt worde dus volgens de Havanna-classificatie geclassificeerd als lijdens aan lepromateuze of tuberculoïde lepra. De patiënten die nog niet gedetermineerd kunnen worden, omdat men b.v. geen lepracellen vindt en wel verspreide bacillen (want de z.g. sigarenbosjes van bacillen wijzen op het voorkomen van lepracellen) of waarbij de leprominetest anders uitvalt dan met de klinische diagnose overeenkomt, kortom die nog in een niemandsland, zoals

1) *N.T.v.G.*, No. 4, 22 Jan. 1949.