

## HOMEOPATHISCHE DOSES EN SUBSTRAAT

Het antwoord op vraag 13 (1959) naar de werking van microdoses van een stof geeft veel belangwekkende bijzonderheden, maar lokt enig verzet uit waar gesproken wordt over homeopathische doses. De schrijver van het antwoord vermeldt nl. een aantal feiten, steunende o.a. op proeven *in vitro*, en concludeert dan, dat „deze uitkomsten van het moderne farmacologische onderzoek de onhoudbaarheid (van homeopathische dosisleer) . . . wel zeer duidelijk” aantonen. Aangezien echter uitkomsten van proeven *in vitro* — welke door niemand worden betwist — niet zo maar mogen worden vergeleken met waarnemingen bij patiënten, waarop de gewraakte dosisleer steunt, is deze conclusie niet geoorloofd.

Vele gezaghebbende figuren, onder wie DE LANGEN, hebben erop gewezen, dat de uitkomsten van proeven op dieren niet gelden voor klinische gevallen; dat de statistiek ontoereikend is. Zelfs de bestrijder der homeopathie uit de jaren dertig, MARTINI (Bonn), oordeelt niet anders.

Vrijwel hetzelfde is het met ongeselecteerde patiënten ten aanzien van een geval van overgevoeligheid voor een bepaalde stof, en evenzo ten aanzien van een bijzondere, opzettelijk gekozen profopstelling waarbij het ziektebeeld van de patiënt en het beeld van de intoxicatie met de toe te passen stof een zeer grote gelijkenis tonen, een toestand die in menig opzicht sterk doet denken aan overgevoeligheid (dosis!). Alleen en uitsluitend in dit geval is er sprake van homeopathie en bijgevolg van homeopathische doses, die overigens niet noodzakelijkerwijs klein behoeven te zijn. Als men nu stelt, dat een stof, zoals het „indifferent” grafiet, bij nauwkeurig omschreven gevallen van nattend eczeem met kloven een uitstekend geneesmiddel kan zijn, en dat nog wel in — empirisch gevonden — minimale doses, dan is het niet duidelijk, hoe zulks bevredigend bevestigd of weerlegd kan worden anders dan door nauwkeurig dezelfde proefstelling te gebruiken. Evenzo ten aanzien van het „eigen doserings traject”: het hangt er maar van af, aan welk substraat dit traject wordt gemeten.

In het antwoord wordt in dezelfde alinea de indruk gewekt, dat de therapeutische resultaten der homeopathie berusten op beoordelingsfouten (. . . „de gemiddelde arts is niet een geschoold experimentator”) en dus niet reëel zijn. Dit steunt niet op wetenschappelijke gronden, daar de schrijver zich beroept op een foutenbron die bij elke therapie grote moeilijkheden kan veroorzaken, zoals het placebo-effect bij erkend werkzame middelen, maar niet aantoon dat de andere in het spel zijnde factoren als middel en dosis irreëel zijn. Inzicht hieromtrent verkrijgt men alleen door vergelijkende klinische proefnemingen, lege arti opgezet. Hierbij valt nog op te merken, dat blijkens vraag en antwoord de microdosis als zodanig (tot 10<sup>-10</sup>) niet in het geding is.

Het is merkwaardig, dat critici zoals D. K. DE JONGH (1943), voorts L. en O. PROKOP (1957) bij dit laatste, m.i. het belangrijkste punt van de vergelijkende proef, geheel verstek laten gaan.

Niettemin laat men de homeopathie geen recht wederaren, indien men de allesbeheersende relatie tussen patiënt en middel buiten beschouwing laat, waarbij men onvermijdelijk tot conclusies komt die wetenschappelijk niet houdbaar zijn.

Tenslotte: de homeopaten beroepen zich weliswaar in de eerste plaats op klinische waarnemingen, maar anderzijds ontbreekt de farmacologische bewijsvoering toch geenszins zo zeer, als de schrijver doet voorkomen (. . . „kunnen zich

dus niet op farmacologische feiten beroepen”). Van de uitgebreide literatuur hierover verwijs ik naar de onderzoekingen van WURMSER (1958) over het mobiliseren van hoeveelheden gefixeerd bismut enz. door microdoses.

*Literatuur:* JONGH, D. K. DE (1943) Proefschrift Amsterdam. — MARTINI, P. (1958) Ethische en logische beginselen van het klinisch geneesmiddelen-onderzoek. *Ciba-Symposium* 6, 90. — PROKOP, L. en O. (1957) *Homöopathie und Wissenschaft*. — WURMSER, L. (1958) Influence des doses infinitesimales sur la cinétique des éliminations. *La documentation homéopathique LHF* 39. — Vraag No. 13 (1959) De werking van minimale doses van een stof. *Ned. T. Geneesk.* 103, 222.

's-Gravenhage, 30 maart 1959

A. VAN 'T RIET

De geneeskunde ontwikkelt zich in een snel tempo tot een toegepaste wetenschap. Hierbij is de doeltreffendheid der therapie op haast ongelooflijke wijze toegenomen. In de hedendaagse, wetenschappelijke geneeskunde is geen plaats meer voor leerstellige systemen. Geen enkele bewering is waar, omdat hij kan worden afgeleid uit een leer, een dogma, of een andere vage algemeenheid, zoals „de allesbeheersende relatie tussen patiënt en middel”. Integendeel, wil een bewering aanvaardbaar zijn, dan moet deze door een correcte redenering afgeleid zijn uit goed geconstateerde feiten. De enige toelaatbare redeneerwijze op therapeutisch gebied is de statistische. Ziekten (ook „nattend eczeem met kloven”) kunnen immers vanzelf genezen, zodat het verband tussen therapie en resultaat naar zijn aard problematisch is. Het moet bewezen worden, en dat kan niet door „klinische waarnemingen” zonder meer.

Zoals de inzender opmerkt, kan men een klinische bewering niet weerleggen door proeven *in vitro*. Dit was dan ook niet de strekking van het antwoord op vraag 13 (1959). De vraag luidde, of moderne biochemische vondsten, waaruit de werkzaamheid van geringe hoeveelheden stof volgde, steun verleenden aan de homeopathische dosisleer. Het antwoord op deze vraag luidde neen. De vraag was dus niet, of bedoelde vondsten konden worden beschouwd als een bewijsvoering voor homeopathische beweringen met een therapeutische strekking. In dat geval had in het antwoord tot uiting gebracht moeten worden, dat de vraag verkeerd gesteld was. De realiteit van een therapeutisch resultaat kan alleen door waarnemingen bij patiënten worden bewezen, biochemische vondsten kunnen het later dan eventueel verklaren. De schrijver vergist zich dan ook wanneer hij zegt, dat de „farmacologische bewijsvoering in de homeopathie niet ontbreekt”. De enige mogelijke bewijsvoering van klinische waarnemingen is immers de statistische bewerking van klinische waarnemingen. Pas wanneer er iets is bewezen, komt de vraag, of men het ook kan verklaren, bv. door farmacologische gegevens.

Het wetenschappelijke karakter der geneeskunde legt aan haar beoefenaren beperkingen en verplichtingen op, die door de inzender niet voldoende in acht genomen worden. In de eerste plaats beseft hij niet, dat het argument *ex autoritate* zijn geldigheid geheel heeft verloren. „Gezaghebbende figuren”, in de zin zoals de schrijver dat bedoelt, bestaan op ons gebied niet meer. Niets is waar, alleen maar omdat het door een autoriteit is gezegd. In de tweede plaats rust de bewijslast op degenen die iets beweert. Wanneer iemand onbewezen stellingen poneert, mag hij deze niet als bewezen beschouwen, tot iemand anders de onhoudbaarheid heeft aangetoond. Hij moet, integendeel, zelf de juistheid van zijn beweringen aannemelijk maken. Juist omdat de geneeskunde een wetenschappelijk karakter heeft verkregen, zijn de omstandigheden hiertoe bijzonder gunstig. De mo-

derne geneeskunde heeft geen enkel vooropgezet idee. Ieder verschijnsel, hoe vreemd ook op het eerste gezicht, wordt onderzocht. De enige eis is, dat het objectief aantoonbaar moet zijn. Aan de andere kant is er één zaak waarvan de geneeskunde zich heeft afgewend. Dat is de scholastiek, de systeem-bouwerij, het pure verbalisme. In de vóórwetenschappelijke fasen der geneeskunde heeft deze vorm van activiteit een historisch belangrijke functie vervuld. Nu is ze een anachronisme geworden: geneeskundige systemen zijn de fossielen die de weg laten zien waarlangs de geneeskunde zich heeft ontwikkeld. Ze hebben dezelfde onverzettelijke onveranderlijkheid als de skeletten der uitgestorven reuzenreptielen. Of zoals CLAUDE BERNARD het uitdrukte: „Le grand caractère distinctif de la théorie et du système ou de la doctrine, c'est que le système est immuable, c'est un tout fini, un système en un mot, tandis que la théorie est toujours ouverte au progrès qui lui ajoute l'expérience”.

REDACTIE

## BOEKAANKONDIGINGEN

J. PIQUET en J. TERRACOL, *Les maladies du larynx*. 682 bl., 241 fig. Masson et Cie., Parijs 1958. Prijs: ingen. Fr. fr. 8,500; geb. Fr. fr. 9,500.

Het wordt steeds meer de gewoonte, over zeer gespecialiseerde gebieden een soort handboeken te schrijven waarin tot in bijzonderheden allerlei zeldzame afwijkingen zijn te vinden naast een algemeen overzicht van de ontwikkeling, de bouw en de verrichtingen van het besproken orgaan of systeem. Een voorbeeld hiervan is dit boek over de larynx, van de hand van twee Franse schrijvers, die ter zake ongetwijfeld deskundig kunnen worden geacht. Het boek bevat zeer veel wetenswaardigs, is verlucht met een groot aantal goede illustraties en vooral bijzonder duidelijke schemata. De stijl is wat gebroken, doordat men een sterk schematische indeling heeft ingevoerd.

Voor specialisten die over zeldzame afwijkingen snel iets willen opzoeken, is het een praktisch boek. Voor degenen die een algemeen inzicht in de larynx en zijn ziekten willen krijgen, is het een degelijke gids; het zal echter nuttig zijn, als deze lezer zich het vermogen tot herkennen van essentialia heeft eigen gemaakt.

L. B. W. JONGKEES

B. BINK, *Het lichamelijk prestatievermogen van cardiologische patiënten*. Proefschrift Leiden, 4 februari 1959 (promotor: Prof. Dr. H. A. SNELLEN). 98 bl., 20 fig.

Na een kort overzicht van de tot nu toe beschreven methoden tot bepaling van het lichamelijk prestatievermogen geeft de auteur een uitvoerige beschrijving van de door hem toegepaste apparatuur en werkwijze, waarbij gebruik werd gemaakt van een fiets-ergometer met continu toenemende belasting. Onderzocht werden de toeneming van het ademminuut-volume (ventilatie-prestatie-index), de arbeidsbelasting bij een polsfrequentie van 170 slagen per minuut, de polsfrequentie-toeneming bij een bepaalde vermeerdering der belasting (pols-prestatie-index), het zuurstoftekort en de elektrokardiografische veranderingen.

Om een inzicht te krijgen in de betekenis der uitkomsten werd nagegaan, in hoeverre er een correlatie was tussen de verschillende bepalingen onderling en tussen deze uitkomsten met die van de hartcatheterisatie. Lijders aan mitralis- resp. pulmonalisstenose konden voor en na de operatie worden onderzocht. Blijkens de ervaringen van de schrijver kunnen deze methoden van onderzoek een waardevolle bijdrage leveren ter beoordeling van de — met de operatie — bereikte resultaten en waarschijnlijk ook ter bepaling van de indicatie tot operatie.

De schrijver is er zich wel van bewust, dat men bij de beoordeling van de resultaten ernstig rekening moet houden met de trainingstoestand, hetgeen niet alleen geldt voor gezonde mensen maar ook voor patiënten met hartafwijkingen (vitia cordis), en bovendien met psychische componenten, waarbij ook de (coördinerende) functie van het vegetatieve zenuwstelsel wel mag worden genoemd.

Deze zorgvuldige studie wordt gaarne ter lezing aanbevolen.

F. S. P. VAN BUCHEM

B. BRODEN en J. KARNELL, *Coarctation of the aorta*. Aortographic studies before and after operation. (Acta Radiologica suppl. 165). 61 bl., 37 fig., 4 tabellen. Acta Radiologica, Stockholm 1958. Prijs: gekart. Zw. Kr. 30.

De schrijvers geven een overzicht van de anatomic van de aortaboog in een serie van 123 lijders aan coarctatio aortae, zoals deze uit het angiografische onderzoek was te reconstrueren. Zij beschrijven de verschillende varianten van deze afwijking en onderwerpen de omvang van de collaterale circulatie aan een beschouwing. Bij een groot gedeelte van deze patiënten is hetzelfde onderzoek na de resectie van de vernauwing opnieuw verricht. De wijidte van de anastomose wordt berekend; de resultaten worden met de klinische verbetering vergeleken. Hierbij blijkt, dat voor een normalisatie van de circulatie een minimale afmeting van de anastomose is vast te stellen.

Dit boekje vormt een waardevolle bron van gegevens voor al diegenen die zich met de problemen van de operatieve behandeling van de coarctatio bezighouden.

J. R. BLICKMAN

*Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Onder redactie van V. E. FRANKL, V. E. VON GEBSELLE en J. H. SCHULTZ. Urban & Schwarzenberg, München, Berlijn 1958.

Deel II, afl. 7. 158 bl. Prijs: gekart. DM. 20.

Deel III, afl. 8. 158 bl. Prijs: ingen. DM. 20.

Deel III, afl. 9. 167 bl., 3 figuren. Prijs: ingen. DM. 21.

Deel III, afl. 10. 104 bl. Prijs: gekart. DM. 13,50.

Van dit handboek, waarvan reeds eerder afleveringen werden aangekondigd (dit Tijdschrift 1958, 102, bl. 633 en 102 bl: 1979) zijn opnieuw enkele delen verschenen.

Deel II geeft de speciale neurosenleer. De grondvormen van de neurose worden besproken in aflevering 7, waar als neurotische „Fehlhaltungen” de hysterische, de „zuchtige”, de perverse, de schizoïde en de paranoïde toestanden worden behandeld door WINKLER, MATUSSEK, GIESE, SCHULTZ en KRANZ. Zij zien het centrale probleem der neurosen als een wisselwerking tussen fysiologische en psychologische eigenaardigheden, waardoor telkens weer de vraag — tegelijk ook de twijfel — opkomt, of de neurose een door het leven verwekte gedrags- en belevingsstoornis is, dan wel een erfelijke aanleg.

Deel III behandelt de speciale psychotherapie. In aflevering 8 geeft BALLY een studie van de psychoanalyse. Hier wordt door een zeer deskundig analyticus met vermelding en soms letterlijke weergave van FREUDS woorden de ontwikkeling van het libidineuze uitgewerkt. Begrippen zoals erogene zone, „Partial-Trieb”, doodsdrijf en overdracht worden in hun juiste betekenis geschetst. Ditzelfde geldt voor de weergave van de ontwikkeling van het begrip psychisch trauma, alsook voor de betekenis die FREUD hechtte aan „Aktual”-Neurose. Tenslotte — om nog één onderwerp te noemen — zal men hier een stuk Ik-psychologie vinden, dat aan de latere literatuur van FREUD is ontleend.

In de volgende aflevering (Deel III, afl. 9) worden de neopsychoanalyse van SCHULTZ-HENCKE, de actieve psychoanalyse van STEKEL, de complexe psychologie van JUNG en