

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### NADELEN VAN PROPAGANDA VOOR GENEESMIDDELEN

De hoofdartikelen van collega PRAKKEN (1961) over de tekortkomingen van het geneesmiddelenonderzoek en de gevaren van de industriële propaganda doet opnieuw de vraag bij mij rijzen waarom het rookgordijn der mystiek, dat de geneesmiddelindustrie over haar produkten legt, niet wordt weggeblazen. De verkoop wordt door deze mystiek waarschijnlijk zeer gestimuleerd, doch of dit een voordeel voor de patiënt is, valt te betwijfelen. Iedere praktizerende arts kent de ridicule eerbied waarmee met geheimtaal aangeduide geneesmiddelen door de patiënten worden besproken als iets nieuws en wonderbaarlijks of als speciaal voor hun geval van grote waarde. Klaarblijkelijk verwacht men van prednison of piaternison meer dan van „prednison verpakt door de firma Pietersen”. Potstijp doet het beter dan „acetosal, fenacetine en codeïne, tot tabletten verwerkt door de firma Pot”. Deze ongefundeerde waardering voor bekende geneesmiddelen, die onder een nieuwe naam op de markt komen, doet het aantal specialité's tot het absurde stijgen.

Waarom niet wettelijk voorgeschreven, dat geneesmiddelen slechts onder één officieel vastgestelde naam verkocht mogen worden? Uitsluitend deze naam zou op de verpakking en in de advertenties mogen voorkomen, desgewenst met vermelding van de firmanaam. Kleine wijzigingen in een preparaat (bv. het geschikt maken voor toediening per injectie) zouden zonder naamsveranderingen aangeduid dienen te worden. Een firma, die een nieuw geneesmiddel vindt, zou op haar preparaat kunnen vermelden, dat zij de ontdekker is.

Door het verdwijnen der mystiek zou de attractie van geneesmiddelen waarschijnlijk sterk afnemen. Vele patiënten zouden een dierbare illusie verliezen, wat in bepaalde gevallen een nadeel kan zijn. De grote voordelen zijn echter duidelijk. Misschien het grootste voordeel is, dat er orde zou komen in de chaos van ons therapeutisch arsenaal. Alleen reeds hierdoor zou de vorming van een oordeel over de waarde van de geneesmiddelen veel makkelijker worden. Waarschijnlijk zou het vele patiënten en voorzover nodig ook de artsen overtuigen, dat goede geneeskunde bedreven kan worden met een betrekkelijk klein aantal geneesmiddelen. Het wonder schuilt meestal in de juiste toepassing van goed bekende geneesmiddelen en maar zelden in het aanwenden van een nieuw en geheimzinnig middel.

*Literatuur:* PRAKKEN, J. R. (1961) Tekortkomingen van het klinische geneesmiddelenonderzoek en gevaren van de industriële propaganda. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 1571; (1961) Wij artsen en de geneesmiddel-reclame. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 1665.

Amsterdam, 1 november 1961

J. G. G. BORST

### BEROEPSGEHEIM

In zijn klinische les over het beroepsgeheim dringt Prof. QUERIDO (1961) er op aan, zich tegenover niet-medici niet aan het medische beroepsgeheim te houden, „als het belang van de patiënt dit eist” (vraag: wie maakt dit uit?). Hij doet

dit, mede op grond van de bewering, dat zulks tussen de artsen onderling toch al lang gebeurt en algemeen wordt aanvaard. („De arts schendt dagelijks zijn beroepsgeheim bij de collegiale uitwisseling van gedachten. Hij doet dit met een gerust geweten, in het belang van de patiënt”).

Nu is het mij bekend, dat sommige artsen, 's ochtends bij het kopje koffie in het ziekenhuis elkaar hun interessante gevallen vertellend, dit wel eens met naam en toenaam doen, hetgeen inderdaad met het beroepsgeheim in strijd is. Ook zal het nog wel eens voorkomen, dat bij dat zelfde kopje koffie een arts een collega inschakelt ten behoeve van een bepaalde patiënt, zonder dat hij dit tevoren aan de patiënt heeft voorgesteld. Dergelijke zaken te signaleren en te bekritisieren lijkt mij een gepaste taak voor een hoogleraar in de sociale geneeskunde. Maar hier gebeurt het omgekeerde: het wordt ten voorbeeld gesteld! Ik acht dit ondernijvend voor onze ethiek.

In een noot deelt Prof. QUERIDO mede, dat de „beschrijving” van het klinische geval dat de aanloop vormt tot zijn pleidooi, „terwille van de discretie vrij sterk van de werkelijkheid afwijkt”. Zou de auteur misschien nader willen aangeven, wát werkelijkheid was, en wát verdichtsel? Want anders lijkt het of het betoog is geadstrueerd met verdichtsel, waarmee de auteur zichzelf meer afbreuk doet dan ik het zou kunnen.

*Literatuur:* QUERIDO, A. (1961) Grenzen van de medische verantwoordelijkheid. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 1918.

Warnsveld, 19 oktober 1961

W. F. C. HEERING

### HET BLOEDBEELD BIJ APPENDICITIS

Uit het artikel „Leucocytosis in appendicitis in older persons” van DAVID S. HUBBELL e.a. (1961), gerefereerd door J. A. H. VAN BEUSEKOM (1961) blijkt opnieuw duidelijk hoe belangrijk het is dat de chirurg die gebruik wil maken van het bloedbeeld ook werkelijk zelf op de hoogte is van deze onderzoekmethode, en door vergelijking met wat hij vindt bij de geopende buik de grenzen en mogelijkheden van deze methode zelf kan beoordelen. Het inzicht dat de chirurg tijdens de operatie en in het post-operatieve verloop krijgt en dat hij verdiepen kan door bestudering van het bloedbeeld wordt nimmer verkregen door de patholoog-anatoom of de laboratoriumspecialist, ook al is een gedachtenwisseling in team-verband uitermate belangrijk.

HUBBELL en medewerkers stellen vast, dat het aantal leukocyten in een groot percentage van de gevallen niet verhoogd is, terwijl er toch een macroscopisch en microscopisch zichtbare ontsteking is, zelfs met perforatie en peritonitis. Zij beschouwen het aantal leukocyten als een van de meest betrouwbare kenmerken voor het stellen van de diagnose acute appendicitis. (Men vergelijkte overigens voor de betrekkelijke waarde van de leukocytentelling de artikelen van CHR. L. RÜMKE 1954 en 1961). Zij vonden bij 30 pct van de patiënten ouder dan 50 jaar, lijdende aan acute appendicitis, minder dan 10.000 leukocyten; bij patiënten tussen de 30 en 39 jaar slechts bij 14 pct.

Deze getallen zijn zonder differentiële telling naar mijn mening waardeloos, omdat het aantal leukocyten afhankelijk is van de fase van de ontsteking waarin de appendix zich bevindt.

Zonder verder in te gaan op de theoretische voorstellingen over toxines die leukocytose en leukopenie veroorzaken, ligt het in de rede, het verband tussen de ontstekingshaard en de beschermende ontstekingshof in de ruimste zin van het