

formbussen, op verzoek het beschikbaar stellen van rolstoel en fork-lifts, in de toekomst geen niveaoverschil meer tussen auto en vliegtuigstoel), de passagier per vliegtuig die rust gegeven wordt, die hij bij treinreizen en reizen per bus of auto te enen male mist en die voor het reizen per schip slechts ten dele geldt. Ook de korte reisduur kan als een positief punt ten voordele van het vliegen worden aangehaald. Bijgevolg kan gesteld worden dat, indien geen vlieg angst aanwezig is, in de huidige tijd het vliegen vergeleken bij iedere andere manier van reizen, aan te raden is, te meer door de afwezigheid van „stress”, die juist bij autowegverkeer tegenwoordig zo'n grote invloed heeft op de chauffeur alsook op de meerrijders. Het is ook de enige wijze van reizen waarbij men, indien men dit wenst, van begin tot het einde zijn koffers zelf niet hoeft te dragen of op te tillen en op te bergen.

Om deze redenen is juist voor deze mensen het vliegtuig het transport bij uitstek.

Een ervaringsfeit is dat dagelijks zeer vele mensen die aan angina pectoris lijden, vliegen, en waarschijnlijk zijn er nog meer mensen die na een hartinfarct het vliegtuig geregeld als middel van vervoer gebruiken. Ook zijn vele gevallen bekend, dat zelfs ernstige angina-pectoris-patiënten tientallen jaren geregeld, zonder nadelige gevolgen, het vliegtuig als transportmiddel gebruiken.

Het spreekt vanzelf dat men na een vers hartinfarct, waarbij de kans op recidief nu eenmaal altijd aanwezig is, liever niet moet reizen. De KLM-Geneeskundige Afdeling adviseert, hierbij een termijn van 6 tot 8 weken in acht te nemen.

Het is betreurenswaardig dat folders en prospectussen als bovenvermeld, de niet terzake deskundigen abusievelijk in de mening doen verkeren dat vliegen ongezonder kan zijn. De bedoeling, om op deze wijze naast propaganda voor hun artikel, het publiek positief te adviseren, wordt hierdoor niet bereikt, integendeel, dit soort prospectussen berokkent onzes inziens schade, doordat — geheel ten onrechte — de patiënt de waarde en het genot van het reizen per vliegtuig onthouden wordt.

Schiphol, 2 september 1965

K. VAANDRAGER

OEDIPUS-COMPLEX OF OEDIPUS-FICTIE?

Met belangstelling heb ik het artikel van collega BRÖCKER (1965) gelezen. Immers, een kritische beschouwing van een hypothese, die een onderdeel uitmaakt van het nomologisch netwerk van een bepaalde wetenschappelijke theorie, in dit geval de psychoanalytische, verdient te allen tijde de aandacht om de dialoog, die daardoor kan worden uitgelokt. Toch betwijfel ik het, of dit, ongetwijfeld ook door collega BRÖCKER nagestreefde doel door het artikel bereikt zal worden. Het schiet namelijk aan het doel voorbij, waarschijnlijk, omdat de auteur in zijn artikel te veel heeft gewild.

De lezer krijgt — naast de beloofde kritische beschouwing over het bepaalde stuk psychoanalytische theorievorming — ook nog een kritiek op de psychoanalytische behandelingsmethode met daardoorheen vervlochten iets dat bijkans riekt naar een verdachtmaking („in medische kring is inmiddels ernstige twijfel gerezen aan de therapeutische waarde van de psychoanalytische behandelingsmethode, maar aan deze twijfel werd weinig publiciteit gegeven, omdat bij de arts stellig het argument heeft gegolden, dat door openlijke kritiek het mogelijk suggestieve element schade leed en de patiënt benadeeld werd”; zie bl. 1380). Ter ondersteuning wordt een onderzoek van BARENDREGT e.a. (1961) genoemd, doch helaas niet volledig geciteerd.

De studie van BARENDREGT e.a. concludeert (bl. 182):

„No definite conclusions either for or against the hypothesized effects of psychotherapy can as yet be drawn”. Het doel van het onderzoek van BARENDREGT e.a. was, criteria te vinden, die het effect van psychotherapie meetbaar zouden kunnen maken; het doel was niet, te „bewijzen”, dat deze of gene psychotherapeutische behandelingsmethode wel of geen effect sorteert. Dat het in de gedragswetenschappen niet eenvoudig is meetinstrumenten te creëren, kan men de psychoanalyse moeilijk aanrekenen.

Verder geeft collega BRÖCKER een apodictisch geformuleerde beschouwing over het universitair onderwijs in de psychiatrie („ook klemt de vraag, waarom thans op universitair niveau psychoanalytische vondsten als wetenschappelijke feiten bij medische studenten worden geïntroduceerd”), over de psychoanalytisch geschoolde psychiater (laborerend aan „psychiatrische ambivalentie, die stoort in wetenschappelijke discussie, verwacht in het collegiale contact en vervreemdt in de gewoon-menselijke relatie”; bl. 1380) en over de persoon van FREUD zelf („een geniale, maar zeer polemische en kwetsbare man, die later van zichzelf zei, dat hij weinig verstand van vrouwen had” enz.; bl. 1380). Voor een dergelijke, veel uitgebreidere en bovendien ook veel meer gedocumenteerde persoons-ontluistering kan collega BRÖCKER terecht bij PERCIVAL BAILEY (1965).

Deze barrage van in zichzelf sappig leesbare beschouwingen maakt toch, dat het artikel de indruk achterlaat: „Collega BRÖCKER is het er allemaal niet mee eens”, en dan is men tegelijk weer aangeland bij het begin van het artikel, waar de auteur citeert, hoe in 1896 KRAFFT EBING het er ook al niet mee eens was („Het klinkt als een wetenschappelijk sprookje”).

Het is jammer, dat men na een kleine 70 jaar wat de psychoanalyse betreft, in een wetenschappelijk forum als het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* nog in het stadium van welles-nietes is gebleven. Dit temeer, daar een dialoog over het psychoanalytisch theorie-systeem of onderdelen daarvan (nog steeds) ten zeerste aan de orde is.

Literatuur: BAILEY, P. (1965) *Sigmund the unserene — a tragedy in three acts*. Thomas, Springfield (Ill.) — BARENDREGT, J. T., J. BASTIAANS en A. W. VERMEUL-VAN MULLEM (1961) *Research in psychodiagnostics* (Hfdst. 11: A psychological study of the effect of psychoanalysis and psychotherapy). — BRÖCKER, F. J. (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 1376.

Amsterdam, 7 september 1965

N. W. DE SMIT

Collega DE SMIT is ervan overtuigd, dat het artikel over de oedipushypothese werd geschreven om een dialoog uit te lokken. Of het als lokmiddel succes zou hebben, betwijfelde hij ten onrechte, zoals door het inzenden van zijn eigen reactie blijkt. Wanneer hij het bezwaarlijk vindt, dat in deze kritiek verband werd gelegd tussen theorie en praktijk, dan is het hem kennelijk ontgaan, hoe de psychoanalytische theorie uit de psychoanalytische praktijk ontstond en in de praktijk wordt toegepast. Het is niet duidelijk, waarom collega DE SMIT iets bespeurt van verdachtmaking: twijfel aan de therapeutische waarde van de psychoanalyse betekent nog niet twijfelen aan de goede trouw van de psychoanalyticus. Het is evenmin duidelijk, waarom hij het betreurt, dat BARENDREGT niet volledig (!) werd geciteerd. Immers in de kritiek werd vermeld, dat bij BARENDREGTS onderzoek het therapeutisch resultaat niet aantoonbaar was gebleken, en dit wordt door het citaat van collega DE SMIT juist geïllustreerd: „No definite conclusions either for or against the hypothesized effects of psychotherapy can as yet be drawn”.

Wanneer werd gesteld, dat op universitair niveau psychia-

trische vondsten als wetenschappelijke bevindingen worden geïntroduceerd, dan was die uitspraak niet apodictisch (het tegendeel uitsluitend): door literatuurverwijzingen werd de actuele controversie op dit niveau nog benadrukt. Men vraagt zich af van welke luister FREUD overigens wordt ontdaan, wanneer men spreekt van zijn genialiteit (een zeldzame eigenschap), van zijn zeer polemische instelling (een veel voorkomende eigenschap) of van zijn kwetsbaarheid (een algemeen-menselijke eigenschap).

Collega DE SMIT zegt dit artikel te hebben gelezen met belangstelling omwille van de dialoog, terwijl het — zeker in eerste instantie — niet met die bedoeling werd geschreven. Wellicht om die reden zag hij de vraagtekens in dit artikel over het hoofd; zelfs het vraagteken in de titel erboven. Misschien is dat ambivalentie, maar zeker stoort het in de wetenschappelijke discussie.

En om tot het uitgangspunt van 1896 terug te keren mag collega DE SMIT er wel op worden gewezen, dat KRAFFT-EBING inderdaad zei: „Het klinkt als een wetenschappelijk sprookje”, en niet: „Het is een wetenschappelijk sprookje”.

Leiderdorp, 17 september 1965

F. J. BRÖCKER

GEVAREN VAN DE SUPERSONE LUCHTVAART

Nu collega GRIMM (1965) mij bij herhaling beticht heeft van het schrijven van onjuistheden, wil ik toch gaarne één en ander recht zetten. De dodelijke ernst en zwaartillendheid waarmede gediscussieerd wordt over mijn laatste referaat (1965) op het gebied van de luchtvaartgeneeskunde verontroost en bezwaart mij. Men dient gegrepen te zijn door de sfeer van „science fiction”, die deze onderwerpen omgeeft, om mijn referaat naar zijn — betrekkelijke — waarde te schatten. Het is daarom m.i. niet terecht om van „onjuistheden” te spreken, aangezien enerzijds een referaat geen aanspraak maakt op volledigheid, en anderzijds de bestudering van de menselijke factoren bij het gebruik van supersone transportvliegtuigen (SST) zich op dit ogenblik schoorvoetend begeeft van hypothesen naar het eerste verantwoorde medische spoorwerk. Om de laatste reden heb ik de theoretische stralingsberekening van STUHRING (1963) niet vermeld, en mij beperkt tot de meetresultaten van KIDERA (1963), welke inderdaad iets ongunstiger zijn dan men op theoretische gronden zou vermoeden. De regel „voor de passagiers is het stralingsprobleem minder belangrijk” behoeft geen uitbreiding, aangezien het voor een ieder duidelijk zal zijn, dat passagiers per jaar aanzienlijk minder tijd op grote hoogte zullen doorbrengen dan bemanningsleden. Met STUHRING (1963) sluit ik mij aan bij de opmerking van collega NOOTEBOOM-BEEKMAN (1965), dat de stralingswaarden vergeleken moeten worden met die, welke de „population in general” ontvangt; een passagier met tien vliegreuren per jaar zou dan een veiligheidsmarge hebben die 300 maal groter is dan voor radiologische werkers is toegestaan.

Inderdaad wordt in de korte samenvatting van de lezing van WHITE slechts over de testpiloot gesproken. Uit de lezing en de vele erop volgende discussies werd echter toch duidelijk, dat ook wanneer de SST eenmaal in bedrijf komt, de piloot zijn uniform thuis kan laten. De reden hiervoor is dat in geval van plotselinge decompressie op een hoogte boven die overeenkomend met een luchtdruk van 47 mm kwik, water — en dus ook de lichaamsvloeistoffen — in de gasfase overgaat. BANCROFT (1961) zegt dan ook dat „during emergencies at altitudes above 45.000 feet, and particularly above 50.000 feet, adequate protection can only be accomplished by the use of fully pressurized helmets and

proper garments for effective counterpressure over the surface of the body”. Ook op lagere hoogten kan het uitsluitend dragen van een goed aansluitend masker voor het toedienen van zuurstof onder overdruk bij snelle decompressie tot een catastrofe leiden door de combinatie van plotselinge stijging van de intrathoracale druk, en hypoxie door sterke toename van het volumen van de dan hoofdzakelijk uit koolzuurgas en waterdamp bestaande residulucht (LUFT, CLAMANN en ADLER 1949).

Zelfs goed geïndocineerde piloten met zuurstofmasker begaan bij snelle decompressie van een atmosferische druk van 560 naar 110 mm kwik (overeenkomend met hoogten van resp. 2,4 en 14,8 km) vele essentiële fouten bij de hen opgedragen handelingen en zelfs bij het aansluiten van de zuurstoftoevoer (BARRON en COOK 1965). Uit deze gegevens blijkt, dat, wil een op 20 km hoogte vliegende gezagvoerder van een SST in geval van plotselinge decompressie nog een schijn van kans hebben om zijn vliegtuig te redden, hij gedurende de vlucht niet in uniform „op de bok” kan zitten, doch gekleed moet zijn in een „full pressure suit” met automatisch inschakelende zuurstoftoevoer. Het is wellicht mogelijk dat een technische voorziening als de door STUHRING beschreven „ram air scoop” — een grote luchtinlaatklep in de neus van het vliegtuig, die de lucht in de cabine recomprimeert door de eigen snelheid van de SST — de bovenstaande bezwaren iets minder zwaar zal doen wegen.

Ik ben tenslotte met collega GRIMM eens dat het gebruik van het woord „explosief” naar de letter genomen minder juist is, aangezien een explosie per definitie gepaard gaat met supersone luchtverplaatsingen, en een luchtstroom door een gat om thermodynamische redenen nooit de geluidssnelheid kan bereiken. De term wordt echter algemeen gebruikt voor een zich binnen één seconde afspelende decompressie (BANCROFT 1961). Of het vliegtuig hierbij zal desintegreren hangt van mechanische factoren af.

Literatuur: BANCROFT, R. W. (1961) In: H. G. ARMSTRONG, *Aerospace medicine*. Willimas & Wilkins, Baltimore. — BARRON, C. I. en T. J. COOK (1965) *Aerospace Med.* **36**, 425. — GRIMM, J. G. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1404 en 1777. — KIDERA, G. J. (1963) *Aerospace Med.* **34**, 601. — LUFT, U. C., H. G. CLAMANN en H. F. ADLER (1949) *J. appl. Physiol.* **2**, 37. — NOOTEBOOM-BEEKMAN, Z. M. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1777. — Referaat (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 944. — STUHRING, D. H. (1963) *J. Amer. med. Ass.* **185**, 14.

Zeist, september 1965

L. OFFERHAUS

(Discussie gesloten)

EEN PATIËNT MET OEDEMEN

Op de klinisch-pathologische conferentie (1965) over een patiënt met oedemen werd door internist II als mogelijke oorzaak ook aan beriberi gedacht. Met enkele opmerkingen in zijn betoog kan ik het niet eens zijn.

1. Internist II noemt een laag voltage en een korte AV-tijd als electrocardiografische kenmerken. Nu heeft AALSMEER (1948) steeds betoogd, dat het electrocardiogram bij het oriëntale beriberi-hart geen laag voltage toont, het voltage is normaal of verhoogd. Bij enkele door mij behandelde lijdens aan tropische beriberi bleek dit inderdaad zo te zijn. Bij het, vooral door Amerikaanse onderzoekers beschreven, occidentale beriberi-hart wordt een laag voltage als één der electrocardiografische afwijkingen genoemd. Zoals wel bekend zal zijn, kon AALSMEER niet aanvaarden, dat het occidentale beriberi-hart uitsluitend het gevolg was van een thiaminetekort. Dit kan hier verder onbesproken blijven, doch het is zeker onjuist een laag voltage als een electrocar-