

zowel artsen als verpleegsters dit wel eens met moeite verwerken.

In haar publikaties wijdt collega SAUNDERS ook aandacht aan het probleem: „Wat vertel ik de patiënt?” Als de arts gelooft dat de patiënt alleen maar „weet” wat hem door de dokter verteld wordt, vergist hij zich schromelijk. Stervende mensen stellen geen vragen aan de arts, als zij weten, dat zij óf geen rechtstreeks antwoord krijgen, óf zoveel geruststellende woorden te horen krijgen dat het hun duidelijk wordt, dat de arts deze vragen niet kan of wil beantwoorden. De vraag moet dan ook anders gesteld worden, en wel: „Wat laat de arts zich door de patiënt vertellen?” Het uitzicht op de dood is voor de stervende patiënt vaak minder schrikwekkend dan wij denken. Wat bij de stervende veel meer op de voorgrond staat, is de angst voor eenzaamheid en isolement. Noch arts, noch verpleegster hoeft op te zien tegen de vragen die de stervende patiënt kan stellen. Slechts zelden worden in het eindstadium vragen tot ons gericht die werkelijk niet te beantwoorden zijn. Het ware gewent dat ook in Nederland bij de opleiding meer aandacht aan deze problematiek geschonken zou worden.

Vaak hebben wij de neiging, ons van de stervende patiënt terug te trekken, terwijl juist dat de aanwezigheid van de arts voor patiënt en familie zo uitermate belangrijk kan zijn: „They also serve who only stand and wait!”

Laten zowel artsen als verpleegsters er toch voor zorgen, dat aan het bed van de stervende patiënt geen discussies gevoerd worden in de bekende trant van: „Hoe lang zal dit nog duren?” Zelfs al is de patiënt comateus, niemand weet, wat er van onze gesprekken nog tot zijn bewustzijn doordringt.

Voor een ieder die bij zijn werkzaamheden geconfronteerd wordt met de eindstadia van ziekten, is een gesprek met collega SAUNDERS en een bezoek aan het St. Christopher's Hospice, gelegen aan de Lawrie Park Road 51-53, Londen S.E. 26, bijzonder aan te bevelen. Men zal zich realiseren hoe vaak wij onbewust nog te kort schieten tegenover onze stervende patiënten, terwijl zij juist dán onze zorg zozeer nodig hebben.

Literatuur: GOODMAN, L. S. en A. GILMAN (1965) *Pharmacological basis of therapeutics*, bl. 256. — HINTON, J. (1967) *Dying*. Penguin Books, Harmondsworth. — SAUNDERS, C. (1959) *Care of the dying*. Nursing times reprint; (1963) Treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proc. roy. Soc. Med.* 56, 191; (1964) The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescriber's Journal* 4, 68; (1967) The care of the dying. *Geront. clin.* 9, 385. — WORCESTER, A. (1961) *The care of the aged, the dying and the dead*. 2e druk. Thomas, Springfield.

Amsterdam, januari 1968

J. SCHOUTEN*

*Internist-geriater aan de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (directeur: K. ITTMANN) te Amsterdam.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

ZWEEDSE STUDIEBEURZEN VOOR CARDIOLOGIE EN PNEUMOLOGIE

De Zweedse Nationale Vereniging voor de bestrijding van hart- en longziekten heeft voor 1968 wederom drie studiebeurzen ter beschikking gesteld: twee op het gebied van de cardiologie en één op het terrein van de pneumologie.

De beurzen, bestemd voor een studie van één jaar, staan open voor niet-Zweedse cardiologen en pneumologen niet ouder dan 45 jaar. Alle kosten, inclusief de reiskosten, dienen

te worden bestreden uit het bedrag van 25.000 Zweedse Kronen dat voor elke beurs ter beschikking wordt gesteld.

Gegadigden dienen te kunnen aantonen, reeds bij researchwerkzaamheden op het terrein van hart- en longziekten betrokken te zijn geweest. Voorts is vereist dat men opgeeft, welk speciaal onderwerp men in Zweden wenst te bestuderen.

De kandidaten moeten zich verstaanbaar kunnen maken in het Zweeds, Engels of Duits.

De Wereldgezondheidsorganisatie is gevraagd mede te werken aan het selecteren van de juiste kandidaten.

Verzoeken dienen te worden gesteld op de daarvoor bestemde formulieren (WHO 379), die kunnen worden aangevraagd bij: World Health Organisation, Avenue Appia, 1211 Geneva-27, Switzerland.

De volledig ingevulde formulieren dienen vóór 15 mei 1968 in Genève te zijn.

INGEZONDEN

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

WISSELTRANSFUSIE BIJ KINDEREN MET COMA HEPATICUM TEN GEVOLGE VAN VIRUS-HEPATITIS

TREY e.a. en BERGER e.a. beschreven in 1966 zeven kinderen en zes volwassenen in coma hepaticum, veroorzaakt door virus-hepatitis, die allen behandeld waren met wisseltransfusies. Zij merkten hierbij op: „We have been unable to find other reports of the treatment of hepatic coma with exchange transfusions.”

Het doet mij genoegen te zien dat collegae JANSSEN en BEEKMAN hen vóór zijn geweest met hun publikatie in 1964, die hun blijkbaar onbekend was gebleven.

Tevens maak ik van deze gelegenheid gebruik, te reageren op een opmerking van collegae JANSSEN en BEEKMAN (1968) (bl. 266): „Hypokaliëmie kan o.a. worden veroorzaakt door braken, een infusie zonder elektrolyten en door diuretica zoals chloorthiazide en spironolacton.”

Wat betreft spironolacton: het tegendeel is waar. Deze aldosteronantagonist is in staat juist kalium te retineren in omstandigheden waarin, bijvoorbeeld door diuretica zoals de chloorthiaziden, een hypokaliëmie is ontstaan of dreigt te ontstaan. Meestal is spironolacton dan zelfs effectiever in het omhoogbrengen van de serumkaliumwaarden dan kaliumtoediening zelf.

Door deze eigenschap, te zamen met zijn diuretische werking, is dit middel vaak een waardevol adjuvans in dergelijke situaties. Men moet dan eventueel op zijn hoede zijn voor hyponatriëmie (ernstige leverziekten), of juist voor hyperkaliëmie, bv. bij gestoorde nierfunctie.

Literatuur: BERGER, R. L. e.a. (1966) Exchange transfusion in the treatment of fulminating hepatitis. *New Engl. J. Med.* 274, 497. — JANSSEN, T. A. E. en H. BEEKMAN (1964) De therapie van het coma hepaticum bij hepatitis infectiosa. *Ned. T. Geneesk.* 108, 1833; (1968) Wisseltransfusie bij kinderen met coma hepaticum ten gevolge van virus-hepatitis. *Ned. T. Geneesk.* 112, 262. — Referaat (1966) Behandeling van ernstige hepatitis met wisseltransfusies. *Ned. T. Geneesk.* 110, 1710. — TREY, CH. e.a. (1966) Treatment of hepatic coma by exchange blood transfusion. *New Engl. J. Med.* 274, 473.

Seroe Colorado (Aruba), 15 maart 1968

J. L. DE HEER

Omdat in het verslag (1964) van onze voordracht het woord wisseltransfusie niet in de titel voorkwam zou het, in het bijzonder voor TREY e.a. maar ook voor de samensteller van het referaat in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1966), wel moeilijk zijn geweest, die mededeling op te sporen.

De laatste zin op bl. 145 in het boek van SHERLOCK (1963): „Potassium supplements are given routinely, not only to combat the depletion so common in patients forming ascites but also to allow for the potassium loss following diuretic therapy, especially with the thiazide group and even with the aldosterone antagonists”, is door een van ons (T.J.) blijkbaar verkeerd geïnterpreteerd.

Onder anderen OGDEN en medewerkers (1961) vonden bij hun patiënten (onder wie vijf met levercirrose en ascites) wanneer zij alléén spironolacton gaven, en indien dit een diurese-bevorderend effect bleek te hebben, een toeneming van de kaliumuitscheiding, terwijl de serum-kaliumwaarde daarbij onveranderd bleef of steeg ($> 0,5$ mEq/l) en in geen enkel geval significant daalde.

Dat er bij een zeer overvloedige diurese ten gevolge van alléén spironolacton-toediening, met normaal blijvende serumelektrolytenwaarden, een enkele maal toch verschijnselen van coma hepaticum (bij een patiënt met levercirrose en ascites) kunnen voorkomen, wordt vermeld door VAN DOMMELEN e.a. (1962), en een gecombineerde therapie van chloorthiazidederivaten met spironolacton, zonder extra-toediening van kalium, kan een gevaar voor depletie aan K (en Na) blijven vormen (zie dezelfde publikatie).

Literatuur: DOMMELEN, C. K. V. VAN e.a. (1962) Spironolacton (Aldactone) bij ascites door levercirrose. *Ned. T. Geneesk.* 106, 1481. — OGDEN, D. A. c.s. (1961) A comparison of the properties of chlorothiazide, spironolactone and a combination of both as diuretic agents. *New Engl. J. Med.* 265, 358.

Rotterdam, 28 maart 1968

T. A. E. JANSSEN

FARMACOTHERAPIE EN PSYCHOTHERAPIE

Het is verontrustend dat in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 2 maart jl. een serieus werker als Prof. BOOIJ op een dergelijk agressieve manier wordt aangevallen door collega F. J. BRÖCKER. Dat er alle reden is om het gevaar te signaleren van de inschakeling van LSD bij de therapie is ook mijn mening. Er zijn uit den aard der zaak even serieuze psychiaters als Prof. BOOIJ, die een andere mening hebben. Maar die zullen zich moeten onthouden van insinuerende stukken zoals dat van collega BRÖCKER.

Literatuur: BOOIJ, J. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 2. — BRÖCKER, F. J. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 420.

Utrecht, 29 maart 1968

J. A. VAN DER HOEDEN

GEWOONTEVORMING, VERSLAVING EN GEWENNING BIJ GEBRUIK VAN ALCOHOL, MARIHUANA, LSD

Er heerst sedert geruime tijd verwarring in discussies over stoffen zoals LSD-25 en marihuana. Met name in de lekenpers worden begrippen zoals verdovende middelen, verslaving, en gewenning in verband hiermee op alle mogelijke, doch vooral ook onmogelijke manieren gebruikt en misbruikt. Het is echter ook de vakliteratuur, of althans literatuur geschreven door vakmensen, die vaak als verwarringstichtend uitgangspunt hiervoor moet worden gekenmerkt.

Men kan zich afvragen of het nodig is, de leek meer of

minder over deze kwesties voor te lichten, en er wordt hierop verschillend geantwoord. Indien men echter meent, het wel te moeten doen, lijkt het mij nodig duidelijk te zijn. Het gevaar van het gebruik van psychosomimetica of psychedelica dient men af te meten aan de effecten. Daaronder valt ook de mogelijkheid van „verslaving”. Ter voorkoming van veel verwarring is een indeling in drieën, nl. gewoontevorming, verslaving en gewenning, m.i. nuttig. Men kan met slechts de laatste twee begrippen niet volstaan.

Onder *gewoontevorming* wil ik die gedragspatronen gerangschikt zien die zich bij een bepaald individu telkens herhalen, doch die vrijwel of geheel zonder moeite nagelaten of gewijzigd kunnen worden. Zo kan men de gewoonte hebben, om 18 uur te dineren, doch wanneer het werk dit eist zal het vrijwel niemand moeite kosten dit tijdstip te verplaatsen naar 18.30 uur. Ook kan men de gewoonte om een maaltijd te gebruiken van drie gangen gemakkelijk afschaffen om daarna maaltijden van twee gangen te gaan nuttigen.

Van *verslaving* zou ik willen spreken wanneer een gewoonte zodanig vast is ingeslepen (geconditioneerd?), dat het slechts met moeite lukt, deze te beëindigen, waarbij deze moeite zich uit in onlust en spanningsverschijnselen. Dit kan het geval zijn bij snoepen, roken, en dergelijke. Bij deze tweede categorie doet zich vaak de neiging voor om „vervangingsmiddelen” te gaan zoeken, ten einde de onlust- en spanningsverschijnselen te ontlopen. Wij zien zo, hoe iemand die tracht het roken te stoppen dikwijls meer gaat snoepen of eten, hoe alcoholisten naar slaapmiddelen grijpen, en ook hoe marihuana-gebruikers op alcohol, opium, morfine, e.d. overgaan.

Van *gewenning* spreken wij wanneer het verslavende middel in steeds hogere doseringen gebruikt moet worden, wil het de door de gebruiker verlangde effecten blijven opleveren. Dit zien wij duidelijk bij alcohol en morfine, maar niet bij marihuana. Waarschijnlijk is dit proces het gevolg van biochemische veranderingen in de celstofwisseling, en tevens een oorzaak van de grotendeels somatische onthoudingsverschijnselen, zich vooral uitend in stoornissen in de neurovegetatieve sfeer.

Men hoort dikwijls zeggen, dat marihuana geen verslaving zou kunnen teweegbrengen en waarschijnlijk bedoelt men dan: geen gewenning. Dit is een ernstige fout. Een gewennende verslavingsstof kan door de telkens hogere dosering steeds meer schadelijke bijwerkingen gaan ontploien (polyneuritis, toxische encefalopathiën, cerebrale atefiëën, enz.). Ook leveren dergelijke stoffen eventueel geleidelijk aan ernstiger financiële moeilijkheden voor de verslaafde op, iets wat minder sterk het geval zal zijn bij verslavende stoffen in engere zin. Doch het gevaar van deze laatste stoffen is, dat ook bij onderbreking van het gebruik hiervan, door de onlust- en spanningsgevoelens vaak naar andere middelen wordt gezocht, en wel naar stoffen die erop lijkende psychische veranderingen teweegbrengen, en die tevens het gevaar van gewenning in zich dragen.

Het is onbegrijpelijk hoe deskundigen kunnen zeggen, dat marihuana geen verslavingseffect zou hebben. Enige jaren geleden werd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* zelfs een geval beschreven van een vrouw met vitamine-A-intoxicatie ten gevolge van verslaving aan winterpeen. Zij had deze perverse eetlust tijdens een graviditeit gekregen. Iedere stof kan tot verslaving leiden. Enerzijds bepalen karakterstructuur en levenssituatie van de persoon, en anderzijds de aard van het middel, of er zich al dan niet verslaving zal ontwikkelen. Tot die levenssituatie dienen ook gerekend te worden de omstandigheden waaronder het middel gebruikt wordt. Het is bekend dat het toedienen van morfine