

(bv. acetosal)? Dan zal de sluipmoord op het woord euforie zijn gelukt, zoals DORLAND reeds veronderstelt.

Deze sluipmoord op woorden is niet tot de geneeskunde beperkt. Wie durft nog in alle onschuld te spreken van „mijn vriendin, mej. X”?

De volgende aanhaling uit *Punch* van enkele jaren geleden (geschreven naar aanleiding van gelijke aard) moge hieraan toegevoegd: Wanneer men een schroef wil vastdraaien, heeft men een schroevendraaier nodig. Bezit men deze niet, dan kan het ook met een beitel. Wordt deze echter herhaaldelijk voor dit doel gebruikt, dan wordt hij ongeschikt als beitel.

Inderdaad, wanneer wij doorgaan met het gebruik van de woorden sederend voor versuffend, en euforisch voor hallucinogeen, zullen wij voor sedatie en euforie geen geschikte woorden meer hebben. De sluipmoord is dan gelukt.

Naschrift:

Aan collega Dr. H. Th. VAN WIMERSMA GREIDANUS mijn dank voor zijn hulp betreffende Oud- en Nieuw-Grieks.

Utrecht, januari 1969

U. G. BIJLSMA

INGEZONDEN

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

BESTRIJDING VAN DE STERFTE AAN HARTINFARCT

Het uitstekende „Commentaar” van de hand van collega DEKKER (1969) kan met recht worden beschouwd als een „cri de coeur”. De zeer grote toename van het aantal coronaria-aandoeningen is voorlopig niet te stuiten. De tabak, de voedingsgewoonten en de gespannen tijd waarin wij leven doen helaas de balans naar de verkeerde kant uitslaan.

Maar de therapeutische mogelijkheden zijn zo enorm toegenomen, dat we welhaast van een nationale schande kunnen spreken dat ze nog slechts in een klein aantal gevallen ten volle worden benut. Collega DEKKER schrijft het ook duidelijk: „Er is nog slechts weinig actieve belangstelling bij de overheid.” Dit is waarschijnlijk ook het belangrijkste knelpunt. Er is genoeg enthousiasme te bespeuren in medische kringen om te komen tot een goed opgezette begeleiding van de coronaria-patiënt vanaf de eerste symptomen tot zijn uiteindelijke status. Velen zijn bereid om de grote problemen die zich hierbij voordoen tot een oplossing te brengen, met inzet van hun kennis en hun gehele persoonlijkheid. Wat ontbreekt in onze welvaartsstaat is het geld! Het geld, dat van overheidswege beschikbaar gesteld zou moeten worden voor een zo belangrijk deel van de nationale gezondheidszorg. Want ook bij de verplegenden is het enthousiasme groot. De veel gehoorde slogan „personeelsgebrek” is slechts een doekje voor het bloeden. Wanneer men zijn oor te luisteren legt komt men tot andere conclusies. De door ons sinds twee jaar georganiseerde theoretische cursus voor intensieve verpleging, welke 8 maanden duurt, met een totaal van bijna 80 les-uren, werd zeer regelmatig in de vrije avonden bezocht door circa 30 verplegenden, waarvan het grootste deel nooit op een intensive-care-unit zal werken. Puur enthousiasme dus!

Erkenning door de overheid bestaat nog niet, hoewel wij hieraan een examen met een huis-diploma verbinden. Financiële waardering is slechts mogelijk door een zeer moeilijk bevorderingsbeleid teneinde niet met de overheid in conflict te komen.

De resultaten met de cardiologische patiënten die bij ons opgenomen zijn geweest, zijn tot nu toe uitermate gunstig.

De wens is uitgesproken om naast de intensive-care-unit, die niet alleen fungeert voor cardiologie, een aparte coronary-care-unit te gaan inrichten.

In Nederland komt helaas alles wat dringend noodzakelijk is zeer slecht op gang. Het ambulance-beleid schijnt na een korte opflukking al weer in de doofpot te zitten. Mobiele eenheden met de noodzakelijke behandelings-apparatuur voor „cardiac-patients” zijn een dringende noodzaak geworden. Maar zonder push-power zullen ze wel in die zelfde doofpot terecht komen. En zolang zal dan nog 25 pct van de patiënten onnodig tijdens het transport overlijden. Het is allemaal zo simpel, maar het wordt zo moeilijk gemaakt.

Slechts in één opzicht wijk ik van de visie van collega DEKKER af, maar dat komt doordat ik anesthesist ben. Er is nl. nog een spoedeisende ziekte-toestand in de geneeskunde, de ademstilstand. Dit doet echter niets af aan de kwaliteit van het „commentaar”, dat een prachtige inleiding vormt voor verdere discussie en mogelijk voor een opbouw van de zo noodzakelijke coronary-care in Nederland.

Literatuur: DEKKER, E. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 849.

Alkmaar, 12 mei 1969

C. ZEGVELD

DE MANIPULATIEVE BEHANDELING VAN HET COSTOCLAVICULAIRE SYNDROOM

Bij de zeer leerzame klinische les van Prof. NIEVEEN (1969) zou ik graag een enkele kanttekening plaatsen.

Bij patiënten met een costoclaviculair compressie-syndroom vind men dikwijls naast de door Prof. NIEVEEN genoemde diagnostische kenmerken het volgende: Als wij de staande patiënt van achteren bekijken, dan staat aan de aangetaste kant, het oor hoger dan aan de andere kant, terwijl de schouder aan de zieke kant lager staat dan aan de gezonde kant. Daarbij is het gehele lichaam in rotatie gegaan, waarbij aan de zieke kant de schouder naar achteren staat. Door deze dwangstand wordt de costoclaviculaire ruimte verkleind. De oorzaak van deze dwangstand is meestal een geblokkeerde rotatiestand van C.2 of C.3.

De causale behandeling is: door manipulatie de rotatie-blokkering opheffen. Na een lege artis uitgevoerde manipulatieve behandeling behoren de hoogte van schouder en oor weer normaal te zijn, en behoort ook de lichaamsrotatie verdwenen te zijn. Er komt dan vanzelf meer ruimte in de costoclaviculaire ruimte.

Of de in de klinische les besproken patiënt deze verschijnselen toonde doet natuurlijk niets ter zake. Men mag de zaak niet omdraaien door te zeggen, dat iedere patiënt met dit syndroom deze dwangstand moet hebben. Het is alleen mijn bedoeling op een frequent ontstaansmechanisme te wijzen, en de causale therapie daarvoor aan te geven.

Literatuur: NIEVEEN, J. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 737.

Made, 26 april 1969

F. GAYMANS

BLADVULLING

EEN EEUW GELEDEN

Een eeuw geleden. — „— En het jongere geslacht? Och! dat is door ons Hooger Onderwijs werkelijk niet belangstellender geworden, flauw en onverschillig reeds van zijn intrede in de wereld af, maakt het direkt jagt naar welvaart, naar een gemakkelijk, zacht en aangenaam leventje, toont niet de minste belangstelling voor wat men nog altijd hogere morele beginselen of het kweken der wetenschap noemt. „Wat gaat mij dat aan, dat geeft niets” zeggen zij, en daarmee is het uit.” (1861. *Ned. T. Geneesk.* **5**, 424).