

de geneeskunde, BROUARDEL, tot zijn beroepsdevies het absoluut zwijgen, de „silence quand même et toujours”. Ook heden ten dage vindt men in Frankrijk nog menig arts die eveneens het absolute systeem voorstaat. Anderzijds is het zo gelegen, dat dit strenge stelsel ook in Frankrijk thans veel tegenstanders telt.

Ondanks de aantrekkelijkheid van de gemakkelijke toepasbaarheid is het systeem al te egocentrisch en bovendien niet verantwoord. Naast en tegenover de belangen die het beroepsgeheim bedoelt te dienen, staan immers andere belangen, waarmee ook rekening moet worden gehouden. Vandaar de behoefte aan afbakening, vandaar de vraag waar de grenzen getrokken moeten worden zowel bij plichten als bij rechten, bij overschrijding waarvan zij in misbruiken zouden ontaarden. Buiten Frankrijk heeft het absolute stelsel dan ook weinig of geen bewondering ondervonden, evenmin als in ons land. Kennelijk is er echter een uitzondering op deze regel, want uit het ingezonden stuk van collega SCHUURMANS STEKHOVEN blijkt opnieuw, welk een getrouwe volgeling hij is van BROUARDEL.

Hoewel het dus weinig zin heeft de polemiek met collega SCHUURMANS STEKHOVEN voort te zetten, wil ik ten opzichte van zijn tweede ingezonden stuk toch nog enkele opmerkingen maken:

1. Nergens heb ik gesteld, dat het medisch beroepsgeheim niet tevens een rechtsplicht is. Integendeel, juist omdat het een rechtsplicht is, ontstaat er voor de arts een *collisio* en heeft de arts gewetensbezwaren. Vandaar dat ik geponereerd heb:

a. ook zonder wettelijke regel bestaat het beroepsgeheim, omdat het primair een zedelijke plicht is te zwijgen over geheimen van de patiënt;

b. de in het Wetboek van Strafrecht neergelegde zwijgplicht is ethisch gefundeerd; het appel op het geweten blijft, ook al komt de arts de wettelijke zwijgplicht na.

2. Bij het duidelijk maken van een rechtsfiguur moet niet alleen aandacht worden geschonken aan het formele (formulering e.d.), maar ook aan het materiële: het functioneren van de rechtsfiguur. Collega SCHUURMANS STEKHOVEN stelt nu het formele absoluut en vergeet, dat er geïnterpreteerd moet worden om te kunnen vaststellen hoe de rechtsfiguur functioneert. Bij het toepassen van het beroepsgeheim gaat het om een interpretatie naar de bedoeling van de wet; en deze bedoeling is, de ethisch gefundeerde plicht tot geheimhouding van een afdwingbare sanctie te voorzien indien de regel wordt overtreden. Vandaar dat de betrokken wetsartikelen zo ruim zijn geformuleerd.

3. Door mij is niet gesteld, dat het onrechtmatige karakter aan de onrechtmatige daad wordt ontnomen wanneer die daad zedelijk gerechtvaardigd is. Er is door mij slechts op gewezen, dat er sprake is van een afwegaan van belangen, wanneer iemand een concreet wettelijk voorschrift overtreedt, omdat een hogere plicht in het geding is (SCHUT 1963).

4. Van de opmerking dat door mij (en gelijkgezinde collega's) het Duits-nationaalsocialistische standpunt verdedigd zou worden, ben ik inderdaad geschrokken, echter niet zo zeer wegens de onjuistheid van deze opmerking als zodanig, als wel wegens het naar mijn gevoel insinuerende karakter ervan. Wat toch is het geval?

De huidige Duitse strafwet geeft in par. 300 een uitzondering op het beroepsgeheim aan, zeer algemeen en geldend voor alle geheimhouders, die vrijwel op hetzelfde neerkomt als de bepaling uit de Reichsärzteordnung van 1935, door collega SCHUURMANS STEKHOVEN geciteerd. Openbaren van het toevertrouwde, aldus bovengenoemde paragraaf, zal alleen maar strafbaar zijn als het *unbefugt* gebeurt. Aan-

vankelijk liet de Duitse rechter onder „bevoegd” alleen vallen een wettelijke plicht tot het doorbreken van het beroepsgeheim. Later is dit uitgebreid tot o.m. zedelijke plichten, indien de door de openbaring van het geheim aangerichte schade kleiner is dan de schade die ontstaat wanneer het geheim niet wordt geopenbaard.

In soortgelijke bewoordingen bepaalt de Italiaanse wet dat de geheimhouder die de zwijgplicht schendt, alleen dan gestraft zal worden als dit is geschied „senza giusta causa” (HAZEWINKEL-SURINGA 1959). In Nederland voelt men weinig voor deze „materiële” wederrechtelijkheid, maar in Duitsland wel. Hieruit volgt, dat het door collega SCHUURMANS STEKHOVEN te berde gebrachte bepaald geen nationaalsocialistische aangelegenheid is.

*Literatuur:* HAZEWINKEL-SURINGA, D. (1959) *De doolhof van het beroepsgeheim*. Haarlem. — KOHLHAAS, M. (1969) *Medizin und Recht*. München. — SCHUT, G. H. A. (1963) *Rechtelijke verantwoordelijkheid en wettelijke aansprakelijkheid*. Proefschrift. Zwolle.

Amsterdam, 24 juni 1969

A. C. DROGENDIJK

#### DE STATUS ASTHMATICUS OP DE KINDERLEEF TIJD

Naar aanleiding van het Caput Selectum door collega MULLER (1969) wil ik gaarne de volgende opmerkingen maken:

1. Indien men corticosteroiden (bij voorkeur prednison) geeft bij een flinke astma-aanval, die 12-24 uur na toediening van de gebruikelijke symptomatica onvoldoende is verminderd, is het bijna altijd mogelijk een status asthmaticus met ernstige bloedgasverstoring te voorkomen. Bij sommige patiënten bij wie een aanval regelmatig een status asthmaticus ten gevolge heeft, verdient het aanbeveling reeds bij de eerste symptomen prednison te geven. Indien het kind niet braakt kan dit per os gebeuren. De eerste dosis die wij toedienen, bedraagt meestal (afhankelijk van de leeftijd, ervaring bij de patiënt en ernst van de aanval), 10-20 mg; het verdere doseringsschema hangt van het verloop af. Veelal kan prednison binnen 5-7 dagen worden gestaakt. Klinische verschijnselen van bijnierinsufficiëntie zijn door ons na dergelijke korte kuren nooit waargenomen.

2. De toxiciteit van xanthine-derivaten is voor zuigelingen en kleuters dezelfde als voor oudere kinderen. Indien men theofylline of aminofylline per os of rectaal niet hoger doseert dan 5 mg/kg/keer en de intervallen tussen de giften niet korter zijn dan 8 uur, treden naar onze ervaring nooit intoxicatieverschijnselen op. De in de literatuur beschreven intoxicaties bij jonge kinderen zijn steeds het gevolg geweest van een aanzienlijke overdosering. Xanthine-derivaten werken uitstekend bij lichte en matige bronchusobstructie. De uitspraak dat ze gemist kunnen worden bij de symptomatische behandeling van astma en dat tegen het gebruik ervan niet voldoende kan worden gewaarschuwd is o.i. ongefundeerd en ongenueerd.

3. Thiazinamium (Multergan) is een antihistaminicum dat tevens een sterke anti-cholinergische werking heeft en geen depressie van betekenis van het centrale zenuwstelsel veroorzaakt. Na parenterale toediening geeft het bij astma een sterke vermindering van de bronchusobstructie. Onvoldoende bekend is of thiazinamium, evenals de sympathicomimetica en de xanthine-derivaten, tijdens een ernstige astma-aanval een ongunstig invloed kan hebben op de ventilatie-perfusieverhouding in de long. Behalve vermindering van de bronchusobstructie treedt tevens vermindering van de slijmproductie op. Dit is bij een astma-aanval een gewenst

effect. Dat reeds in de luchtwegen aanwezig slijm zou „indikken” (d.w.z. water zou verliezen) is fysisch en fysiologisch onaannemelijk. Dat bronchusslijm na toediening van thiazinamium anders van samenstelling (in casu taaier) wordt is nooit aangetoond of waarschijnlijk gemaakt. De angst voor „indikking” van bronchusslijm na Multergan is o.i. daarom onvoldoende gefundeerd. Naar onze mening neemt dit middel een belangrijke plaats in bij de behandeling van de astma-aanval. (Doserings bij kinderen afhankelijk van leeftijd en ernst van de aanval 6,25-25 mg i.m. per keer.)

4. Teneinde de expectoratie van taai slijm te bevorderen verdient het aanbeveling regelmatig te tapoteren. De techniek hiervan is betrekkelijk eenvoudig en behoeft niet tot het ziekenhuis beperkt te worden. Bovendien kunnen de meeste ouders haar gemakkelijk leren.

*Literatuur:* MULLER, J. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 1024.

Rotterdam, 10 juni 1969

K. F. KERREBIJN

De opmerkingen van collega KERREBIJN zou ik gaarne puntsgewijs en in dezelfde volgorde willen beantwoorden:

Ad 1. Een flinke astma-aanval die na 12-24 uur onvoldoende op de gebruikelijke therapie heeft gereageerd, zal in vele gevallen onder de definitie van de status asthmaticus vallen. Corticosteroidtherapie past dan bij de door mij gegeven richtlijnen. De min of meer profylactische prednison-toediening tijdens een aanval zal voor bepaalde patiënten zeker zinvol zijn.

Ad 2. Als aan iedere patiënt precies de juiste dosering wordt voorgeschreven en de patiënt krijgt deze dosering toegediend op de voorgeschreven tijden, dan is intoxicatie door welk geneesmiddel dan ook uiterst onwaarschijnlijk, in aanmerking genomen dat lever- en nierfunctie normaal zijn. Gevaar voor overdosering dreigt vooral bij geneesmiddelen, waartegen de verschijnselen snel resistent worden. Er bestaat dan voor de patiënt of voor de ouders die hem het geneesmiddel toedienen de neiging, boven de voorgeschreven dosering te gaan. Dit is vooral gevaarlijk als de therapeutische breedte gering is. Beide factoren zijn bij de xanthinderivaten aanwezig.

Ad 3. Bij de behandeling van de status asthmaticus, dus de zeer ernstige aanval die niet op de gebruikelijke therapie reageert, wordt juist wegens de anti-cholinergische werking het gebruik van antihistaminica algemeen afgeraden.

Mij is geen onderzoek bekend, waarin is aangetoond dat de viscositeit van bronchusslijm niet verandert onder invloed van anti-cholinergische stoffen. Het onderzoek van de viscositeit van bronchusslijm is technisch nog in een beginstadium, omdat voor vrijwel alle tot nu toe gebruikte methoden homogeniseren van het slijm noodzakelijk is en daarmee de bijdrage van de structurelementen (namelijk de DNA-vezels en de vezels van de zure mucopolysacchariden) aan het tot stand komen van de viscositeit onduidelijk wordt. Het gebruik van thiazinamium bij astma en astmatische bronchitis kan zeker nuttig zijn, mits gecombineerd met mucolytica, intensieve fysische therapie en bestrijding van infecties. Bij de status asthmaticus zou ik er echter uiterst terughoudend mee willen zijn.

Ad 4. Fysische therapie is een zeer waardevol onderdeel van de behandeling van de astmatische aandoeningen, zelfs tijdens de status asthmaticus, zoals ik ook in mijn artikel bevestigd heb. Tapotage is hier een onderdeel van.

Papendrecht, 21 juni 1969

J. MULLER

## ACETOSAL EEN GEVAARLIJK GENEESMIDDEL?

In hun Commentaar beschrijven de collegae DE VRIES en TEN CATE (1969) aan de hand van de literatuur van de laatste twee jaar de functiestoornissen van de trombocyten, die door acetosal kunnen worden veroorzaakt.

De geciteerde publikaties hebben voornamelijk betrekking op het onderzoek dat werd gedaan naar een stoornis in de samenklontering of aggregatie van de bloedplaatjes. De schrijvers menen dat daaruit de conclusie is gewettigd, dat het gebruik van acetosal altijd tot een beschadiging van trombocyten leidt en vervolgens dat deze vorm van trombocytopenie niet zelden aanleiding is tot een hemorragische diathese. In korte tijd konden zij dit bij 10 patiënten vaststellen; de aard van de hemorragische diathese werd niet meegedeeld.

Wij zullen de laatsten zijn om te beweren dat acetosal niet de oorzaak kan zijn van een ernstig bloedverlies; of dit evenwel, gezien het massale gebruik van dit geneesmiddel, zo frequent voorkomt als schrijvers suggereren, menen wij te moeten betwijfelen. Bekend is dat bij 50-70 pct van alle regelmatige gebruikers van acetosal, door erosies van het maagslijmvlies, occult bloedverlies met de faeces optreedt; een kwantitatief belangrijk bloedverlies is daarbij echter een vrij grote uitzondering.

Reeds in 1955 beschreven BEAUMONT en anderen, en in 1956 FRICK patiënten met een verlengde bloedingstijd door het gebruik van acetosal. In 1962 maakten wij melding van een patiënte met een zeer groot bloedverlies met de faeces (tot 115 ml per dag) tijdens het gebruik van 3 verschillende soorten acetosal-preparaten, waarbij telkens de bloedingstijd, volgens de methode van Ivy, was verlengd. GAST (1964) vond met de gestandaardiseerde methode volgens Ivy een significante verlenging van de bloedingstijd tijdens het gebruik van acetosal. Hij kwam evenwel tot de conclusie, dat de veranderingen in de hemostase door acetosal absoluut niet voldoende waren om grote hemorragiën te veroorzaken, maar dat daarmee wel rekening moest worden gehouden bij menorrhagiën of bloedingen na tandextracties of tonsillectomieën.

BREDDIN (1968) vond dat acetosal de plaatjes-aggregatie remde, maar tevens dat deze remming niet gevolgd werd door een ernstige bleedingsneiging. CRONBERG (1968), evenals HELLEM (1968), zag geen duidelijke verandering in de samenklontering of aggregatie van de trombocyten en ook geen verlenging van de bloedingstijd. PULLEN en DUGDALE (1968) onderzochten 7 kinderen met een salicylvergiftiging; ook zij vonden een normale bloedingstijd. SAHUD en AGGELER (1969) veronderstelden, dat een verlengde bloedingstijd tijdens het gebruik van acetosal slechts veroorzaakt werd door een reeds bestaande hemostase-afwijking. WEISS en ALEDORT (1967, 1968) vonden bij een kleine groep normale personen wel een verlenging van de bloedingstijd; hoewel deze verlenging significant was, waren de verschillen in waarden echter slechts gering.

Vooral de laatste paar jaar wordt in de literatuur veel aandacht besteed aan de invloed van acetosal op de samenklontering en aggregatie van de trombocyten. Door verscheidene onderzoekers werd een functiestoornis van deze trombocyten gevonden, met soms, doch niet altijd, een verlengde bloedingstijd. De geringe gemiddelde stijging van de bloedingstijd, die werd vastgesteld, lijkt evenwel geen verklaring voor de ernstige vormen van bloedverlies, dat soms na het gebruik van acetosal optreedt. Evenals anderen kennen wij patiënten, die na het gebruik van acetosal een zeer ernstige hemorragische diathese ontwikkelen. Zeer waarschijnlijk bestaat in deze gevallen een erfelijk bepaalde