

Afrika talrijke patiënten met „sickle-cell”-anaemia, thalassaemia, G 6PD-deficiëntie en andere hemoglobinopathieën, die door eenvoudige onderzoeksmethodes niet aan het licht gebracht kunnen worden. En men heeft slechts een vaag idee wat de consequenties kunnen zijn voor een piloot op grote hoogte, die aan een dergelijke aandoening lijdt.

Het belang van zuurstof, die op de meeste planeten en in de ruimte ontbreekt, werd op twee aparte zittingen aangestreept. Vooral de Verenigde Staten (Ohio State University, Columbus, Ohio), Frankrijk en West-Duitsland wijdden zich aan dit onderwerp, in het bijzonder aan de verschijnselen en behandeling van zuurstof-„vergiftiging”.

Onze landgenoot, collega E. DE VRIES, die het Amsterdamse congres in 1969 presideerde, leidde nu een van de twee zittingen die aan klinische lucht- en ruimtevaartgeneeskunde waren gewijd. C. H. J. M. OPMEER en J. P. KROL, benevens J. L. BLOM uit het laboratorium van Ergonomische Psychologie te Amsterdam presenteerden „performance” en „cardiovascular stress” tijdens de vlucht, terwijl W. J. OOSTERVELD zijn studies over reflex-vestibulaire stoornissen en luchtziekte, in samenwerking met zijn collegae van het Naval Aerospace Medical Research Laboratory, Pensacola (V.S.), beschreef.

De grootste aandacht trok natuurlijk de beschrijving van de medische problemen gedurende de Apollo-12 tot en met -15 missies. CHARLES BERRY, medisch directeur van NASA-MSC, is welhaast een begrip geworden in onze kringen. Op boeiende wijze beschreef hij de problemen, en de correcties ervan bij de volgende vluchten, waarmee de astronauten te

kampen hadden. Gedurende de Apollo-14 en-15 missies werd het wel duidelijk, dat er fysiologische veranderingen bij de astronauten optreden, die tot 3 weken na terugkeer naar de aarde nog kunnen voortduren, zoals gewichtsverlies, orthostatische hypotensie, hypokaliëmie, soms resulterend in hartaritmieën, calciumverlies uit de beenderen, als gevolg van gewichtloosheid (een vorm van inactiviteit). De verschillende stadia waarin de astronaut achtereenvolgens verkeert, verdeelde hij in een „stress”-stadium, een „adaptation”-stadium en een „adapted” stadium. Ook bleek duidelijk dat langdurig verblijf bij zero gravity, zoals in de capsule die om de maan cirkelt, een andere uitwerking heeft dan gelijktijdig verblijf bij $\frac{1}{6}$ g zoals op het maanoppervlak bestaat. Definitieve conclusies zullen pas getrokken kunnen worden uit de ervaringen van volgende Apollovluchten.

De voor de aardbewoners aantrekkelijkste planeten zijn ongetwijfeld Mars en Jupiter. De eerste onbemande landing op het Marsoppervlak wordt gepland voor 1979. Voor het zover is, zal menigeeen eerst het XXe congres in Nice in september 1972 bijwonen. Er waren 15 Nederlandse vliegeneeskundigen op het congres, twee van hen uit de Nederlandse Antillen, en de meesten vergezeld van hun echtgenoten. De onderlinge gezellige „atmosfeer” was aanstekelijk en werd bijna spreekwoordelijk op dit in alle opzichten geslaagde congres.

Jeruzalem, november 1971

B. A. KATS

INGEZONDEN

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

De dokterstitel

Naar aanleiding van het artikel van collega Dr. Mr. Dr. W. SCHUURMANS STEKHOVEN (1972) zou ik gaarne het volgende willen opmerken.

Het komt in Nederland slechts zelden voor dat een arts ten behoeve van zichzelf onbevoegd gebruik maakt van de doctorstitel (recept- en briefpapier, naambordje, vakantie-aankondiging). Door derden wordt deze titel evenwel menigmaal met betrekking tot de arts gebezigd, ook wanneer deze geen doctor is. Er blijkt dus behoefte te bestaan, aan de naam van de arts enige letters toe te voegen teneinde deze in zijn of haar hoedanigheid van geneeskundige als zodanig aan te merken; een dokterstitel dus.

Aangezien de dr.-titel in Nederland wettelijk is voorbehouden aan gepromoveerden, terwijl voorts deze titel geen betrekking heeft op het arts-zijn, zou het m.i. nuttig zijn een passende titel te vinden voor de arts als zodanig en wel liefst één die in nationaal en internationaal opzicht duidelijk en correct is.

Met de toename van de internationale wetenschappelijke uitwisselingen (publikaties, congressen), doch ook in verband met de moderne multidisciplinaire aanpak van medische en milieuhygiënische problemen, is het van belang dat de medici die daarbij betrokken zijn, naast andere deskundigen, als medisch deskundige geïdentificeerd zijn.

In de meeste landen echter — uitgezonderd Nederland en aanverwante taalgebieden — geeft de aanduiding „arts”, achter de naam geplaatst, niet goed de medische identiteit van de betrokkene weer. Als wervingsarts van gastarbeiders in de landen Italië, Spanje en Turkije, doch ook als scheeps-

arts heb ik dit manco meermalen kunnen vaststellen. In de Engelssprekende landen wordt het woord arts zelfs in verband gebracht met kunstvoorwerpen.

Naast het internationale aspect van deze kwestie is hier ook een specifiek Nederlands belang aan de orde. Immers, ondanks de huidige nivelleringsstendens — in dit verband o.a. de geleidelijke afschaffing van aanspreektitels — blijkt het toch nog steeds zinvol gevonden te worden de identiteit van wetenschaps- en beroepsbeoefenaren door middel van enige kenmerkende letters aan te geven.

Zo heeft onlangs, naast de sedert 1960 beschermde wetenschappelijke titels van ir., mr. en drs., ook de titel van ing., vóór de naam geplaatst, een wettelijke grondslag gekregen; de niet-beschermde kerkelijke titels ds. en mgr. alsmede de letters zr. voor verpleegsters zijn tegenwoordig geheel ingeburgerd.

Aangezien de aanduiding van de hoedanigheid van arts door derden veelal wordt weggelaten — waarschijnlijk omdat deze aanduiding te veel letters bevat en (of) omdat deze achter de naam wordt geplaatst in tegenstelling tot de hierboven genoemde titels — is er m.i. veel voor te zeggen hiervoor een oplossing te zoeken, mede ter wille van de gelijkvormigheid van de wetenschappelijke titulatuur in het algemeen. M.a.w., het lijkt mij een goede gedachte, ook voor de geneeskundige (arts en doctorandus zijnde) een praktisch predicaat te vinden. Ook als de medicus in kwestie gepromoveerd is, zou deze als geneeskundige herkenbaar moeten blijven zoals dit mutatis mutandis het geval is bij juristen en ingenieurs.

Ik heb hierbij het oog op de respectievelijke lettercombinaties med., md. of MD, vóór of eventueel achter de naam ge-

plaatst. Dit laatste is bijvoorbeeld in de V.S. voor artsen gebruikelijk met betrekking tot de letters MD. Door de invoering van één van deze lettercombinaties zou zowel in nationaal als in internationaal opzicht een einde komen aan de huidige voor Nederlandse artsen gebrekkige titulatuur, terwijl zodoende in algemene zin de systematiek van de wetenschappelijke titels zou worden gediend.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 271.

Heiloo, 16 februari 1972

P. J. C. VAN DER LOO

Een hypertensie, veel hypotensiva en 'n patiënt

Het gebruik van enkelvoudige geneesmiddelen levert ook bij juiste dosering en juiste indicatie niet zelden moeilijkheden op door het uitblijven van de werking en het optreden van bijwerkingen. De onzekerheid en de risico's in dit opzicht worden aanzienlijk groter wanneer men combinaties van geneesmiddelen gebruikt, zeker als het gaat om geneesmiddelen die elk voor zich vaak tot complicaties aanleiding geven en als men deze geneesmiddelen dan min of meer wisselvallig combineert.

In de klinische les van de collegae WIJDEVELD en TIGGELER (1972) wordt een patiënt besproken die lijdt aan maligne hypertensie en een ernstige nierfunctiestoornis. Hij krijgt gedurende de beschreven behandelingsperiode van 8 maanden bijna altijd 4 of meer geneesmiddelen waarbij in de regel 4 hypotensiva, waaronder methyldopa, guanethidine, reserpine, hydralazine, clonidine, trimetafan, pentoliniumtartraat en furosemide. De auteurs merken op: „Wij hebben al deze middelen vermeld om te laten zien hoe *hard* wij deze *hypertensie* hebben aangepakt, overigens *zonder resultaat*.” De farmacoloog leest hier „hoe *hard* de *patiënt* is aangepakt”, en kan zich ook met de opmerking, overigens zonder resultaat, moeilijk verenigen. Zowel reserpine als α -methyldopa vertoont als ongewenste bijwerking Parkinsonisme. De rigide mimiek met een grove Parkinsonachtige tremor van de handen, die de patiënt, zoals vermeld, in oktober 1970 vertoonde, ligt dan ook geheel in de lijn van de verwachtingen en is ongetwijfeld een resultaat van de toegepaste therapie, die toen naast hydralazine en clonidine hoge doseringen reserpine en methyldopa omvatte. Vooral als guanethidine in de combinatie zat, ontstond een sterke orthostatische bloeddrukdaling, die zoals medegedeeld „bij de patiënt zeer hinderlijke duizeligheid en angineuze klachten veroorzaakte”. De in november 1970 opgetreden abducensparese, lichtstijve pupil rechts, nystagmus bij blikken naar links, en perifere facialisparesis rechts, acht de geconsulteerde neuroloog een bijverschijnsel van de gegeven hypotensiva, nl. de ganglionblokkeerders trimetafan en pentoliniumtartraat te zamen met hydralazine en methyldopa. De opmerking „overigens zonder enig resultaat” geldt helaas wel ten aanzien van de hypertensie maar zeker niet ten aanzien van de patiënt.

Tevergeefs zoekt men in deze klinische les naar de ratio achter de toegediende wisselende cocktail van vaak zeer hoge doses van verschillende hypotensiva.

In het verslag van de behandeling lezen we verder dat „toen het niet gelukte ondanks zeer hoge doses van drie bloeddrukverlagende middelen een aanvaardbare bloeddrukregeling te bereiken, aan de behandeling het relatief nieuwe bloeddrukverlagende middel clonidine werd toegevoegd”. Daar het al een vraag is of de patiënt gebaat is met combinaties van zeer hoge doses van drie of meer tot op

zekere hoogte bekende geneesmiddelen, mag het zeker de vraag zijn of het verstandig is een betrekkelijk nieuw, nauwelijks in zijn werking en bijwerkingen bekend middel aan een dergelijke combinatie toe te voegen. Men ontleent zich daarmee de mogelijkheid, betrouwbare informatie te krijgen betreffende de mogelijke werkzaamheid van het nieuwe middel terwijl de patiënt aan extra risico's wordt blootgesteld. Uit de verstrekte gegevens blijkt dat de creatinine-spiegel van een waarde van ruim 500 $\mu\text{mol/l}$ begin mei, was opgelopen tot 750 $\mu\text{mol/l}$ begin juli, en tot 900 $\mu\text{mol/l}$ begin augustus, de datum waarop het nieuwe middel clonidine aan de reeds gegeven combinatie werd toegevoegd. Op dat moment wordt óók de bepaling van de creatinine-spiegel, die voordien regelmatig plaats vond, voor circa 2 maanden onderbroken. Begin oktober blijkt de creatinine-spiegel verder gestegen te zijn en wel tot ruim 2000 $\mu\text{mol/l}$. De auteurs komen nu tot de verrassende en zeker niet met hun waarnemingen overeenstemmende vaststelling „dat zich *vanaf* het moment van de toediening van de clonidine een snelle nierfunctiedaling voordeed”. De enige conclusie die getrokken kan worden is dat óók ná toevoeging van clonidine aan de geneesmiddelcombinatie de stijging van de creatinine-spiegel zich heeft voortgezet.

De auteurs beëindigen hun beschouwing voor wat betreft de clonidine als volgt: „Ook al biedt één ervaring ons geen voldoende zekerheid, wij zullen in de toekomst toch terughoudend zijn met de behandeling van deze patiënten met clonidine.” Het lijdt geen twijfel, men dient terughoudendheid aan de dag te leggen bij het blootstellen van patiënten aan een nieuw, nog in het stadium van klinisch onderzoek verkerend middel. Deze overweging zou bijzonder op haar plaats geweest zijn vóór het toevoegen van clonidine aan de massale belasting van de patiënt met een combinatie van methyldopa, reserpine en hydralazine. De door de auteurs gerapporteerde gegevens laten géén uitspraak toe betreffende clonidine. Wel zouden de auteurs tot de conclusie gekomen kunnen zijn, dat zij, in aanmerking genomen het door hen zelf gesignaleerde ontbreken van elk therapeutisch voordeel en de daar onmiskenbaar tegenoverstaande zeer ernstige bezwaren van hun therapie voor de patiënt, bij toekomstige patiënten beter van de zogenoemde „harde aanpak” af kunnen zien.

Literatuur. WIJDEVELD, P. en R. TIGGELER (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 2.

Nijmegen, januari 1972

E. J. ARIËNS

Het ingezonde stuk van collega ARIËNS geeft ons aanleiding tot de volgende reactie:

De periode waarin wij deze patiënt behandelden bestaat uit drie fasen: een periode met maligne hypertensie bij verminderde nierfunctie, een hypertensieve crisis en een periode na bilaterale nefrectomie.

Laat ons, evenals collega ARIËNS, met de hypertensieve crisis beginnen. Deze eindigde met de meest radicale manier om voor een lijder aan nefrogene hypertensie het leven te behouden: bilaterale nefrectomie. Gezien de conditie van de patiënt was dit een waagstuk dat wij niet wilden ondernemen alvorens alle medicamenteuze middelen uitgeput gebleken waren. Zoals figuur 3a van ons artikel toont, zijn toen *achtereenvolgens* de oplossingen reserpine, trimetafan en pentoliniumtartraat gegeven. Slechts gedurende twee uur werd trimetafan gecombineerd met pentoliniumtartraat. Die combinatie leidde tot een bloeddrukdaling, zij het ten koste van neurologische neveneffecten. Wij kunnen ons voorstellen dat