

Serumhepatitis-profylaxe

In het commentaar serumhepatitis-profylaxe noemt REESINK (1975) een aantal desinfectantia, waarbij hij terecht opmerkt dat zij waarschijnlijk werkzaam zijn op hepatitis-virus, maar dat dit niet bewezen is. Ondergetekende meent dat Lyorthol in dit verband niet genoemd moet worden.

Bij gebrek aan een geschikt testsysteem worden in het algemeen middelen aanbevolen met een brede germicide werking (ABBOTT 1974; BOND e.a. 1975). Het is niet te verwachten dat Lyorthol, met als werkzaam bestanddeel orthofenylfenol en clorofeen, hieraan voldoet.

Omdat Lyorthol een populair desinfectans is, deed ondergetekende in dit verband nader onderzoek: 1 ml van een Coxsackie B₂-viruspreparaat gekweekt op Helacellen, werd gemengd met 100 ml 5% Lyorthol. De pH van het mengsel was 10,8. Na een contact van 24 uur bij 18°C was het virusgehalte niet verminderd.

Literatuur: ABBOTT, J. P. (1974) Are there methods of sterilization to destroy hepatitis B virus? *J. Amer. med. Ass.* 229, 579. — BOND, W. W. en C. P. PATTISON (1975) Control of hepatitis B virus in environmental contamination. *J. Amer. med. Ass.* 231, 700. — REESINK, H. W. (1975) Serumhepatitis-profylaxe. *Ned. T. Geneesk.* 119, 440.

Eindhoven, april 1975

M. BRUINING

Wij mogen collega BRUINING zeer dankbaar zijn voor zijn kritisch onderzoek van Lyorthol als ontsmettingsmiddel. Wel is het jammer dat hij niet een ander ontsmettingsmiddel waarvan men meer werkzaamheid mag verwachten, als controle in deze proef heeft betrokken. Aan de andere kant mag men aannemen dat hepatitis B-virus waarschijnlijk resistenter is dan het onderzochte enterovirus, en dat men van Lyorthol geen afdoende ontsmettende werking mag verwachten. De aanbeveling van de Gezondheidsraad is trouwens niet gemakkelijk te begrijpen: NEEFE (geciteerd in Control of hepatitis in dialysis units (1972) *Brit. med. Bull.* 28, 169) heeft al in 1946 aangetoond dat fenolderivaten vrijwel zeker slechte desinfectantia zijn voor hepatitisvirus; niet onwaarschijnlijk omdat ze ook bij andere virussen af en toe te kort schieten.

Het aantonen van de inactiverende werking op hepatitis B-virus door een bepaald ontsmettingsmiddel is daarom zo moeilijk omdat dit virus niet gekweekt kan worden, en in feite slechts de mens en de chimpansee als proefobjecten beschikbaar zijn om deze inactivering aan te tonen: beide zijn te kostbaar om hiervoor te gebruiken. Alleen voor verhitting gedurende ten minste één minuut bij 98°C (KRUGMAN c.s. 1970) of tien uur bij 60°C (zoals dit al jaren wordt toegepast bij de pasteurisatie van plasma-eiwitoplossing in het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst) is bewezen dat hepatitis B-virus het infecterend vermogen verliest. De vraag welk desinfectans hepatitis B-virus met zekerheid chemisch inactieveert, blijft derhalve vooralsnog open. Voor de praktijk is het m.i. aanbevelenswaardig niet al te veel vertrouwen te hebben in chemische desinfectantia en de materialen, apparatuur en ruimten etc. die besmet zijn met hepatitis B-virus, ook na behandeling met desinfectantia als potentieel besmettelijk te beschouwen, en hoogstens als huishoudelijk gereinigd.

Literatuur: KRUGMAN, S. c.s. (1970) Viral hepatitis, type B (MS strain): studies on active immunisation. *J. Amer. med. Ass.* 217, 41.

Amsterdam, juli 1975

H. W. REESINK

Sociale etiologie

Mijn bedenkingen tegen de inhoud van de klinische les van Prof. WEIJEL (1975) richten zich tegen uitspraken zonder toelichting, tegen de aard van de behandeling door huisarts en sociaal psychiater en tegen de wijze waarop het bestaansrecht van de sociale geneeskunde en een multidisciplinair hulpverleningssysteem wordt bepleit.

Een van de uitspraken luidt: „De mens bezit nu eenmaal niet van nature het vermogen de onvermijdelijke veranderingen op juiste wijze tegen te koppelen, te verwerken of op te vangen. Hij moet dat leren; de sociale geneeskunde kan daar een belangrijke bijdrage toe leveren.” Zonder meer wordt voorbijgegaan aan het wezen van het evolueren, aan het individueel geestelijk volwassen worden, zoals reeds miljoenen jaren plaatsvindt zonder sociale geneeskunde of multidisciplinair hulpverleningssysteem.

De betrokkene werd door de huisarts behandeld met rust, ontspanning, ziekteverloven en kalmerende middelen, als ware er sprake van absolute overbelasting, terwijl de belasting niet abnormaal zwaar te noemen was voor de huidige tijd. Het „aanpassingsvermogen” was echter onvoldoende; betrokkene had nimmer behoeven te „vechten”; alles maar dan ook alles was van een leien dakje gegaan. Reeds na het eerste onderzoek door de huisarts was het aannemelijk dat de klachten van negatief-psychosomatische aard waren. Het had voor de hand gelegen om de consultant voor te houden: geen organische afwijkingen te vinden, gezond geboren, nooit een ernstige ziekte of ernstig ongeval gehad, en hem duidelijk te maken dat hij voor de keus stond alsnog te leren „vechten”, zich in te spannen tot adequaat reageren, of rekening te houden met gedwongen of vrijwillige verandering van werkkring.

De sociaal psychiater, na 2½ jaar ingeschakeld door de bedrijfsarts, slechts „een rest van affectincontinentie constaterend als zijn werk ter sprake kwam, geen stoornissen van geheugen en inprenting” kwam tot hetzelfde oordeel als de bedrijfsarts: „betrokkene was te zwaar belast geraakt voor zijn belastbaarheid van man van middelbare leeftijd”. Dit advies werd gegeven zonder de tot dan ingestelde behandeling aan een oordeel te onderwerpen en zonder te informeren naar de aard van het beleven door betrokkene van de situatie en van zichzelf. Deze wijze van medisch benaderen — waaraan alle zelfkritiek en objectiviteit ten opzichte van het menselijk gedrag in het algemeen en dat van betrokkene in het bijzonder ontbreken — acht ik dusdanig fundamenteel onjuist dat het wel moet berusten op fundamentele tekortkomingen in de medische opleiding, waar het betreft het wezen van de mens en diens gedrag.

Het pleidooi voor het bestaansrecht van sociale geneeskunde en een multidisciplinair hulpverleningssysteem acht ik dan ook uitermate zwak en een bewijs voor de juistheid van mijn conclusie inzake de medische opleiding.

Literatuur: WEIJEL, J. A. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 617.

's-Gravenhage, juni 1975

H. K. SCHEFFER