

samenleving op een gegeven moment waarheid, in de zin van de vooralsnog beste waarheid, vaststelt. Deze vraag is voor de wetenschap dan ook minder interessant dan voor de samenleving. Zij wordt ons echter door die samenleving in toenemende mate gesteld — zie Zwolle — en vereist dan een antwoord volgens het door mij eerder geciteerde forum-model van DE GROOT (1971).

Literatuur: GROOT, A. D. DE (1971) *Een minimale methodologie op sociaal wetenschappelijke basis*. Mouton, Den Haag. — POPPER, K. R. (1973) *On objective knowledge*. University Press, Oxford.

Leiden, oktober 1975

P. J. THUNG

„Opgang” geneeskunde en „neergang” geneeskunst 1915-1975

Het hoofdartikel van BIRKENHÄGER (1975) ter inleiding van het ledencongres-1975-nummer geeft zijn visie weer op de vorderingen van de medische wetenschap en de achteruitgang van de gezondheidszorg. Eigenlijk wijdt hij aan beide maar enkele — veelzeggende — woorden.

Ten aanzien van de opgang van de geneeskunde stelt hij terecht, dat de biologie het stadium van de ontsluiting van het celkerngedrag heeft bereikt. Eigenlijk is de biologie dat stadium al een heel eind voorbij en van de cellulaire biochemie geavanceerd naar de moleculaire biochemie. De medische wetenschap, die 60 jaar geleden nog in het teken stond van de „Zellular-Pathologie” van VIRCHOW is daardoor volkomen van grondslag veranderd: zij was toen geen biologische wetenschap en is dat thans steeds meer. De Nobelprijzen voor geneeskunde gaan thans naar biochemici (het is bijna of die al of niet een artsdiploma bezitten, want voor biochemisch researchwerk is dat diploma geen vereiste).

Terwijl biologisch onderzoek de grondslag — de nieuwe grondslag — is geworden van medisch-wetenschappelijk onderzoek, is het niet duidelijk wat BIRKENHÄGER bedoelt door biologie aan te duiden als de „toets voor de toelaatbaarheid van medisch handelen”, tenzij hij daarmee wil zeggen, dat de arts bij uitoefening van de geneeskunst zich beperken moet tot biologisch (wetenschappelijk) getoetste geneeswijzen.

Dat is zuiver theoretisch-wetenschappelijk wel verdedigbaar (ex cathedra), maar praktisch, d.w.z. in de praktijk van de medicus practicus (zowel huisarts als specialist) volkomen onhoudbaar. Om de heel eenvoudige reden, dat de arts dan met ledige handen staat tegenover legio ziekten, kwalen, gebreken en klachten waartegen geen biologisch (wetenschappelijk) getoetste geneeswijzen bestaan. Kanker en multipole sclerose, coronairsclerose en andere vormen van atherosclerose, psychiatrische „toestandsbeelden”, reuma, enz.

BIRKENHÄGER ziet bij genoemde stelling bovendien het voornaamste over het hoofd, nl. het feit, dat de arts niet geroepen is en wordt om al die ziekten, kwalen, gebreken en klachten te „behandelen”, maar om al die daaraan lijdende of daarover klagende „mede-mensen” te behandelen. Toets voor de aanvaardbaarheid van medisch handelen voor de patiënt is geen biologie, maar psychologie in de zin van „medemenselijkheid”. Beslissend voor de werkzaamheid van een zg. „geneesmiddel” is meer de „verwachtingswaarde” door de medemenselijke arts bij de patiënt gewekt dan de door de ge-

nesmiddelfabrikant — terecht of ten onrechte — aan de arts gesuggereerde „biologisch (wetenschappelijk) getoetste werkzaamheid”.

BIRKENHÄGER zal natuurlijk antwoorden: ik heb het ook over de „medische (klinische?) psychologie” gehad, met haar nog beperkte „waarnemingsscherpte” en beschreven als „soft underbelly”, die het raakvlak zou zijn — volgens hem — met de welzijnszorg van wat hij enigszins schamper „de alternatieve heelmeester” noemt. Dat is veel te simpel gezien. De neergang van de geneeskunst heeft niet als voornaamste oorzaak een tekort aan (psychologische) training en de dagelijkse tijdnood van huisarts (en specialist), zodat voor elke patiënt maar — de woorden zijn van BIRKENHÄGER — „luttel minuten” beschikbaar zijn. Die neergang berust op gebrek aan „medemenselijkheid”, om het wat grote woord „roeping” maar liever niet te gebruiken. De arts — huisarts en specialist — komt niet meer toe aan de „problematiek” van de huidige patiënt, van elke huidige patiënt, van elke mens van vandaag, anno 1975.

Laat een ervaren metabeticus als VAN DEN BERG maar eens de fundamentele veranderingen beschrijven, die mensbeeld, artsbeeld, maatschappijbeeld, patiëntbeeld in 60 jaar heeft ondergaan, veranderingen die heel duidelijk samenhangen. De Romeinen zeiden al: de tijden veranderen en wij veranderen met hen („tempora mutantur, nos et mutamur in illis”). De gemiddelde draagkracht van de patiënt is in de afgelopen 60 jaar zo niet absoluut dan toch in verhouding tot de enorme stijging van zijn draaglast tot een minimum gedaald. Zeker hebben de toenemende ontkerstening, de algemene vereenzaming en de toenemende ontwaarding van alle levenswaarden daaraan een aandeel. Alle gezag is gedevalueerd, ook het artsengezag. De toenemende economische crisis verhoogt veler labiliteit. Maar het ergste wat „de mensen” missen en — mogelijk ten onrechte — nog van „de goede arts” verwachten is een luisterend oor. En dat is er bijna niet meer.

Tenslotte zij dezerzijds ontkend, dat een wetenschap „randgebieden” kan hebben; zij kan wel „randfiguren” hebben. Ontkend, dat homoeopathie, antroposofische geneeskunst en zeker acupunctuur biologisch-medisch-wetenschappelijk minder hecht gefundeerd zijn dan de huidige overloze — door de farmaceutische industrie opgedrongen — farmacotherapie, die de galenica van 60 jaar geleden verdrongen heeft en tot zo veel „farmacogene” (ten dele iatrogene) misère heeft geleid en nog dagelijks leidt, dat een dagen nacht geopend bureau voor „geneesmiddelbijwerkingen” van overheidswege werd ingericht. BIRKENHÄGER miskent blijkbaar, dat een „placebo” ook een „geneesmiddel” is en dat een goed placebo beter is dan een slecht geneesmiddel.

Ernstiger is echter, dat hij kennelijk de waarde van het per slot van rekening beperkte kennen en kunnen van de medisch-biologische wetenschap (de geneeskunde) en van de daarop gebaseerde geneeskunst overschat. Het programma en binnenkort de verhandelingen van het eerste internationale congres over pijn, dat begin september in Florence is gehouden, geven voor wie zich daarvoor interesseert een onthullend beeld van de ongelooflijke samengeteldheid van een medisch-biologisch-wetenschappelijk en tevens maar al te menselijk-praktisch probleem als het pijn-probleem.

Het welslagen van alle — onorthodox of orthodox — medisch handelen wordt, zolang mensen mensen, artsen artsen en artsen mensen zijn, nog altijd, ook anno 1975, bovenal bepaald door het placebo-effect, dat zowel gunstig als ongunstig kan zijn.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1975) Op weg naar een placebo-cultuur? *Ned. T. Geneesk.* 119, 1601.

Naarden, oktober 1975 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

De heer SCHUURMANS STEKHOVEN heeft in zijn exposé op onnavolgbare wijze een boemerang-effect voorbereid, zodat iedere reactie van mijn kant te veel van het goede zou zijn.

Rotterdam, november 1975 W. H. BIRKENHÄGER

Zoutarmdieet bij de behandeling van hypertensie

Prof. Dr. W. H. BIRKENHÄGER (1975) spreekt in zijn „Advies voor de medicamenteuze behandeling van hypertensiepatiënten in de huispraktijk” over matiging van zoutgebruik. Deze uitdrukking is weinig exact en biedt geen houvast voor de praktijk. Op dezelfde datum verscheen in de *Lancet* een Leading article (1975), waaruit ik citeer: „Current practice allows no place for salt restriction in the management of hypertension. The doctor who tells his hypertensive patient with normal renal function to avoid salt is wrong on two grounds. Firstly, the reduction in salt intake with such advice falls far short of that required to produce a significant effect upon blood-pressure. Secondly, existing drugs are potent enough to render the misery of effective lifelong salt restriction unnecessary.”

Een duidelijke uitspraak hierover in het Tijdschrift zou ik op prijs stellen.

Literatuur: BIRKENHÄGER, W. H. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 971. — Leading article (1975) *Lancet* I, 1326.

Zaandam, oktober 1975 H. MUNTENDAM

Een exacte uitspraak over het zoutgebruik zou betekenen, dat de dosis keukenzout in grammen wordt aangegeven. Ik neem aan dat collega MUNTENDAM een dergelijk advies met een korrel zout zou nemen. Wij zullen dan ook in deze materie van exactheid moeten afzien.

Het is mij niet duidelijk geworden, of de inzender zich met het citaat uit de *Lancet* tegen mijn formulering heeft willen afzetten, maar ik veronderstel dat zulks niet het geval is. Wij onderschrijven de uitspraak in de *Lancet* in zoverre, dat zoutrestrictie op zichzelf te weinig therapeutische betekenis heeft om daarvoor de patiënt aan banden te leggen. Niettemin zullen de „haviken” onder ons toch een poging wagen dit bij de patiënt erdoor te krijgen.

Aan de andere kant zijn er de „duiven”, die de patiënt in het geheel niet willen bevoogden. Dit lijkt ons evenmin een juiste benadering. Tussen excessief zoutgebruik en bloeddrukverhoging bestaat in de epidemiologie en in het proefdielaboratorium een duidelijke relatie. Soms treft men een patiënt bij wie het gebruik van exorbitante hoeveelheden zout een bewijsbare factor is in de bloeddrukverhoging. Bij dergelijke patiënten mag het zoutgebruik niet onbesproken blijven, temeer omdat bloeddrukverlagende middelen de retentie van zout door de nieren in de hand kunnen werken.

Zo komt men als vanzelf naar vaderlandse zede tot de formulering dat matiging de voorkeur verdient. Het is een kwestie van „smaak” hoe men zo’n advies wil concretiseren. In feite behoeft slechts het zoutvaatje aan tafel buiten handbereik te blijven.

Rotterdam, november 1975

W. H. BIRKENHÄGER

Familie-onderzoek naar het voorkomen van atypische cholinesterase

Met veel belangstelling lasen wij het artikel van Ir. J. C. PRONK, Dr. S. J. VAN DER WAL en Dr. T. H. THÉ (1975), over familie-onderzoek naar het voorkomen van atypische cholinesterase en in het bijzonder de twee ziektegeschiedenissen. In beide gevallen werd tweemaal suxamethonium toegediend. Dit zal stellig de duur van de apnoe beïnvloed hebben. De eerste gift was bedoeld om de intubatie mogelijk te maken. De reden van de tweede gift suxamethonium werd niet vermeld. Gezien het verdere verloop van de anesthesieën stellig geen spierspanning. Wij willen daarom bepleiten alléén op geleide van bepaalde verschijnselen (in dit geval het al of niet aanwezig zijn van spierspanning) tijdens een anesthesie een bepaald geneesmiddel toe te dienen. Verder zijn wij van mening dat men bij een kort durende ingreep, zoals appendectomie (patiënte A) beter handbeademing kan toepassen, omdat men dan kan „voelen” of er al dan niet spierspanning optreedt, waardoor het verloop van de operatie wordt gehinderd, en ook dán pas een relaxans kan toedienen.

Gaarne zouden wij de aandacht willen vestigen op het toedienen van panthenol (Bepanthen) bij deze vervelende complicatie, zoals beschreven werd door VAHRSON (1968). Deze auteur beveelt een dosering aan van 2000 mg panthenol. Begint de patiënt binnen 7 minuten niet spontaan te ademen, dan kan nogmaals 1000 mg panthenol toegediend worden. Toxische verschijnselen worden niet waargenomen.

Het is niet duidelijk hoe het panthenol werkt. Er worden verschillende mogelijkheden genoemd: competitie, acetylcholine-synthese, cholinesteraseremming, elektrolyt-verschuiving. VAHRSON beschrijft een wisselend succes van panthenol wat het herstel van de spiertonus betreft.

Onze laatste patiënt, die een — biochemisch vastgestelde — homozygote afwijking in de plasma-cholinesterase-activiteit had, onderging op 17 augustus 1975 een neusoperatie. Hij kreeg bij het begin van de anesthesie 90 mg suxamethonium. De operatieduur was 55 minuten. Een half uur na het beëindigen van de operatie bestond een totale paralyse. Er werd toen 2000 mg panthenol toegediend en later — zoals boven beschreven — nogmaals 1000 mg. Binnen een kwartier kon de patiënt worden gedetubeerd.

Literatuur: PRONK, J. C., S. J. VAN DER WAL en T. H. THÉ (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1544. — VAHRSON, H. (1968) Über die Anwendung des Panthenol als Antidot gegen Succinylcholin. *Z. prakt. Anästh.* 3, 391.

Alkmaar, oktober 1975

H. EPPENS
H. Z. SCHRAFFORDT KOOPS
B. P. A. SEERDEN