

de weg die moet worden afgelegd tot dit gemeenschappelijk dierenlaboratorium gerealiseerd is, nog lang en moeilijk zal zijn.

Het symposium werd besloten met een paneldiscussie onder leiding van Prof. Dr. E. NOACH van de Leidse universiteit. In het panel hadden behalve de al eerder genoemde sprekers ook zitting Prof. Dr. J. BOUW van de Faculteit der Diergeneeskunde, Prof. Dr. T. ESKES van de Nijmeegse universiteit, en Drs. J. VAN VLIET, directeur van het Centraal Proefdierenbedrijf TNO te Zeist. Tijdens de discussie over de Wet op de dierproeven kwam voornamelijk het vergunningstelsel aan de orde. Voorts werd gesproken over de opleiding in de proefdierkunde. De proefdierkundige zal wetenschappelijke belangstelling moeten hebben en dient goed ingeleid te zijn in de basisvakken van de geneeskunde, diergeneeskunde en biologie. Hoewel zoötechniek en pathologie belangrijke bouwstenen zullen vormen, zijn de fysiologie en pathofysiologie van het experiment zeker niet minder belangrijk. Het proefdierkundig instituut en de verschillende

reeds aanwezige disciplines van de Faculteit der Diergeneeskunde zullen elkaar bij onderzoek en onderwijs moeten aanvullen en hoeven gezien de veelheid van onderzoekproblemen elkaar niet als concurrenten te beschouwen. Tenslotte kwam uit de discussie naar voren dat het belang van een Nederlands Proefdierkundig Instituut zo hoog werd geschat dat, als zou blijken dat de Faculteit der Diergeneeskunde hiervoor geen mogelijkheid zou zien, elders naar de realisatie van dit instituut gestreefd zal moeten worden. Door het symposium is namelijk duidelijk geworden, dat het opleiden van onderzoekers, proefdierkundigen en middelbaar en hoger beroepspersoneel, het verrichten van het voor dit onderwijs noodzakelijk ondersteunend onderzoek en het verzamelen van gegevens zoveel nieuwe initiatieven en coördinatie behoeven dat deze taken niet uitgevoerd kunnen worden als daarvoor niet nieuwe krachten ter beschikking worden gesteld.

Nijmegen, februari 1976

W. J. I. VAN DER GULDEN,  
dierenarts

## INGEZONDEN

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

### *Het overlijden van Francisco Franco*

Ik ben geabonneerd op het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en heb met interesse de polemiek gevolgd die hierin is aangesneden inzake de ziekte en het overlijden van het Spaanse staatshoofd FRANCISCO FRANCO. Als Spaanse arts voel ik mij moreel verplicht te interveniëren, vooral naar aanleiding van het laatste artikel van Dr. SCHUURMANS STEKHOVEN (1976).

Hierin worden niet meer slechts misvattingen rondgestrooid, doch bovendien, naar mijn mening, beledigende oordelen, niet alleen gericht aan medici verbonden aan het ziekenhuis „La Paz” (alwaar ik werkzaam ben als orthopedisch chirurg), doch aan alle Spaanse artsen. Vandaar dat ik mij veroorloof enige zaken te verduidelijken om te vermijden dat de Nederlandse collega's aannemen dat de geneeskunde in Spanje wordt uitgeoefend op de wijze als de collega's SCHUURMANS STEKHOVEN en KRAUS (1976) doen veronderstellen, waaruit duidelijk blijkt dat zij hiervan totaal geen weet hebben.

(a) Het ziekenhuis „La Paz”, waar FRANCISCO FRANCO de laatste dagen van zijn leven doorbracht, is een ziekenhuis van de „Seguridad Social”, alwaar de Spaanse werknemers volkomen kosteloos worden behandeld. Er zijn geen bedden beschikbaar voor particuliere patiënten; de artsen zijn gecontracteerd op „full-time” basis en verdienen een vast maandelijks salaris. Het is één van de best uitgeruste ziekenhuizen van Europa.

(b) Derhalve bestond de medische ploeg die FRANCO behandelde niet uit lijfartsen, doch uit artsen van de staf van het ziekenhuis, die werden toegevoegd aan de ploeg op het moment dat zich een bepaalde complicatie voordeed die de medewerking vergde van een ander specialisme. Het merendeel van deze artsen geniet internationaal erkend prestige.

(c) Het staat vast dat men in een medisch tijdschrift niet kan schrijven over een klinisch geval zonder direct en objectief de „casus” te kennen, als het niet een toetsing

betreft, en zeker niet als men er daarbij van uitgaat dat er vergissingen gemaakt zijn, zoals Prof. DEN OTTER (1976) stelt. Aangezien ik niet tot de behandelende ploeg van FRANCO behoorde, zal ik daartoe dan ook niet overgaan. Doch elke chirurg weet dat een ingreep een klein of groot risico met zich meebrengt, dat het risico altijd aanwezig is, en het is daarom dat tevoren de betrokken patiënt of diens naaste familieleden hierin gekend worden.

Het is ook duidelijk dat een ulcus met perforatie en een niet meer te stuiten bloeding een chirurgische indicatie is, in Spanje en in elk ander land ter wereld. Als door de leeftijd van de patiënt, insufficiënte bloedsomloop, proteïnen, etc. postchirurgische complicaties ontstaan, zoals het loslaten van de hechtingen, zweren in de anastomose, renale en respiratoire insufficiëntie, etc., wenden wij medische hulpmiddelen aan zoals hemodialyse, hypothermie. Wáárom niet getracht de losgelaten hechting te herstellen en de middelen aan te wenden waarover de geneeskunde heden ten dage beschikt? Vanzelfsprekend kan men dit niet „dysthanasie” noemen. Alhoewel het gemakkelijker is de „moeilijke kunst” van euthanasie toe te passen, aan ons, artsen in Spanje, ontbreekt deze „kunst”.

(d) De persoonlijkheid van de patiënt kan in enkele gevallen haar invloed hebben op de arts, al was het alleen maar voor zijn geweten, door het besef dat hij ook in bepaald opzicht handelt ten behoeve van de historie. (Het bewijs is wel dat na zes maanden nog over hem wordt geschreven in een Nederlands tijdschrift.) Doch wat absurd is, is hetgeen Dr. SCHUURMANS STEKHOVEN beweert, dat „het de kop zou kosten”, of dat een arts kan opereren met een pistool in de rug, en „tegen zijn wil”, ware het niet diens bedoeling tot demagogie of wat nog erger is, tot het politiseren van iets zo ernstigs als het uitoefenen van de geneeskunde. Het laat geen twijfel dat deze uitlatingen slechts afkomstig kunnen zijn van iemand die geen notie heeft van niet alleen de Spaanse geneeskunst, doch van Spanje zelf. Het heeft bij mij diepe afschuw gewekt te lezen hoe deze persoon de geneeskunde in Spanje vergelijkt met wreed-

heden die plaatsvonden of nog vinden, in door hem geciteerde landen.

De Nederlandse collega's die oprecht interesse hebben in de wijze waarop in Spanje de geneeskunde wordt uitgeoefend, nodig ik van harte uit tot het bezoeken van het ziekenhuis „La Paz”.

Tot slot, en voor het geval iemand zou mogen aannemen dat de hierboven omschreven opvattingen afkomstig zijn van een „uit de tijd geraakte arts”, moet ik u mededelen dat ik 28 jaar oud ben.

*Literatuur:* KRAUS, H. R. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 446. — OTTER, G. DEN (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 539. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 719.

Madrid (Spanje), mei 1976  
(Discussie gesloten)

E. GALINDO ANDUJAR

### *Kunnen gewrichten slijten?*

In de beschouwing over de etiologie en therapie van de artrose in de klinische les van Dr. J. K. VAN DER KORST (1976) wordt „overbelasting” van een gewricht als etiologisch moment ongrijpbaar geacht terwijl het instrueren van de patiënt om het aangetaste gewricht met mate te belasten mede als therapie wordt aanbevolen.

Kennelijk worden twee vormen van „overbelasting” onderscheiden: 1. de „overbelasting” die het bewegen tijdens het dagelijks leven voor het artrotische gewricht inhoudt; 2. de „overbelasting” van het (nog) niet artrotische gewricht die het degeneratieve proces mede zou kunnen veroorzaken.

De belasting van een gewricht door o.a. de zwaartekracht en spierkracht is mede afhankelijk van de variërende grootte en plaats van het contactareaal van de gewrichtsoppervlakken in het gewricht tijdens zijn speciale functie: het bewegen. Storing in deze functie door een bewegingsbeperking in één of meer richtingen kan leiden tot hogere belasting van de gewrichtsoppervlakken van het desbetreffende gewricht en tevens tot vergelijkbare storingen in andere gewrichten die tot dezelfde bewegingsketen behoren.

Hoewel de term „overbelasting” in zoverre vaag blijft dat niet bekend is waar de grens van de individuele belastbaarheid van de gewrichtsoppervlakken is gelegen, kunnen toch door nauwkeurige analyse van het individuele bewegingspatroon de aard en lokalisatie van de bewegingsstoring in de gewrichtsketen worden nagegaan. Het opheffen daarvan in een artrotisch en in een (nog) niet artrotisch gewricht, zoals de manuele therapie als onderdeel van de fysiotherapie beoogt, werkt direct functieverbeterend door het verminderen van de belasting van de gewrichtsoppervlakken.

Het lijkt, dat niet het hanteren van een vage term als „overbelasting” in verband met een gewrichtsziekte met onbekende oorzaak een verdieping van het inzicht in de weg staat, doch dat wellicht het vage hanteren van de term „overbelasting” een verdieping van het inzicht blokkeert.

*Literatuur:* KORST, J. K. VAN DER (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 601.

Amsterdam, april 1976

G. VAN DER BIJL Jr.,  
manueel therapeut

Inderdaad wordt in mijn beschouwing over artrose een onderscheid gemaakt tussen „overbelasting” van een gezond gewricht en „overbelasting” van een artrotisch gewricht. In tegenstelling tot een gezond gewricht geeft het zieke gewricht meestal duidelijke „signalen” wanneer het overmatig wordt belast, in de vorm van pijn, reactieve startstijfheid en — eventueel — secundaire ontstekingsverschijnselen met hydrops. Men kan zelfs stellen dat de essentiële uiting van een klinische artrose is dat belasting maar in beperkte mate mogelijk is, op straffe van klachten. Overbelasting wordt dus in dit geval klinisch gedefinieerd en is als zodanig zeer goed hanteerbaar bij de instructie van de patiënt.

Geheel anders ligt het probleem van de belastbaarheid van het gezonde gewricht. Men heeft zelfs niet het vaagste idee welke vorm, intensiteit en duur van belasting eventueel een artrose zouden kunnen veroorzaken indien er geen anatomische, vasculaire of metabole afwijkingen in het gewricht bestaan. Onder deze omstandigheden komen wij dus met de term overbelasting niet verder dan de nietszeggende cirkelredenering „artrose ontstaat door overbelasting” en „overbelasting is die belasting die artrose veroorzaakt”.

De rest van het betoog van de heer VAN DER BIJL raakt een zo moeilijke materie, dat deze niet voldoende tot haar recht kan komen in de beperkte ruimte die een tijdschrift-rubriek als de onderhavige daartoe biedt. O.a. moet men voorbijgaan aan vragen als: hebben alle krachten (compressie-, trek-, wrijfkrachten, enz.) dezelfde invloed op het gewrichtskraakbeen? Speelt de grootte van het contactareaal werkelijk zo'n grote rol, gezien de grote elastische vervormbaarheid van het gewricht? Kan men — wanneer er geen luxatie bestaat — werkelijk door uitwendige manipulatie de gewrichtsfunctie veranderen? Op al deze vragen zijn op het ogenblik nog geen simpele antwoorden mogelijk, maar zij vormen belangrijke onderwerpen van huidig biomechanisch onderzoek.

Nijmegen, mei 1976

J. K. VAN DER KORST

### *Cytostatica en mannelijke vruchtbaarheid*

WILDSCHUT e.a. (1976) zeggen in hun artikel over cytostatica en mannelijke onvruchtbaarheid, dat het geneesmiddelengebruik bij patiënten met acute lymfatische leukemie vermoedelijk slechts passagère sperma-afwijkingen veroorzaakt. In dit verband willen wij een geval vermelden, waar misschien wel het tegendeel gebeurde.

Een twee-en-twintigjarige man is na de diagnose acute lymfatische leukemie in december 1972 behandeld met vincristine en prednison als inductie- en re-inductie-kuren; er tussendoor heeft hij als onderhoudsbehandeling mercaptopurine en methotrexaat gebruikt. Na negen maanden is een cerebrale leukemie opgetreden, welke snel te bestrijden bleek met intrathecale injecties methotrexaat via een ventrikelshunt volgens Rickham. Ondanks profylactische intrathecale injecties trad nog drie maal een cerebraal recidief op. Dit was steeds moeilijker te bestrijden en vereiste toenemende doses cytostatica waaronder later ook cytarabine; tenslotte is ook bestraling van het centrale zenuwstelsel toegepast. Op het laatst had patiënt duidelijk neurologische uitvalverschijnselen. Patiënt overleed na 33 maanden tijdens zijn eerste beenmergrecidief.

Twee jaar na het begin van de behandeling uitte het echt-