

ik niet bedoel: onbehandeld laten), zijn er aan de andere kant ziektes die ik destructief zou willen noemen, die in geen enkel opzicht acceptabel zijn. Het grote contrast tussen ontsteking en tumor is dat het er bij een tumor niet om gaat de tumor te verwijderen, doch om de predispositie te genezen, zodat de tumor overbodig wordt. Ik laat ook voor de tumor gelden dat ze ten slotte meewerkt aan het doen verdwijnen van de predispositie.

Ik meen dat we ten opzichte van de ziekte in een impasse geraakt zijn. We hebben als groot ideaal ontwikkeld: ziek-zijn moet niet zijn. Dit betekent op z'n minst dat ziekte zinloos is. De uitspraak „ziek-zijn is zinloos” staat voor mij vlak naast de uitspraak „het leven is zinloos”. Het opheffen van een predispositie betekent het beter in z'n lichaam kunnen leven, betekent het zich verder kunnen ontwikkelen, betekent het weer ingeschakeld kunnen worden in de evolutie.

Het opnieuw weer op bewuste wijze kunnen gaan denken over de reïncarnatie-idee is voor mij een voorwaarde voor het verder bestaan van die zelfde evolutie, nu in het groot gezien.

U sprak over de grote vooruitgang in de geneeskunde, u noemde vooral het afnemen van de vele infectieziekten, de hygiëne, de antibiotica, vaccinatie, diabetes, avitaminoses, de chirurgie met vele van haar onderdelen. Nu zal ik de laatste zijn om dit tegen te spreken en de eerste om met de grootste bewondering te denken aan wat er in de laatste 80 jaren gepresteerd is op het gebied van ziektebestrijding, nadat wij in de eeuwen daarvoor onze anatomische en fysiologische kennis ontwikkeld hebben. Met recht spreekt u van spectaculair. Toch meen ik dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen bv. de door u vermelde bestrijding van infectieziekten en de overige zaken, waarbij we ook niet moeten vergeten dat we bv. diabetes per slot van rekening nog steeds niet kunnen genezen.

Toch kunnen we niet zeggen dat we op het gebied van de niet-ontstekingsachtige ziektes zo veel bereikt hebben. De enorme toename van destructieve ziektes, waarbij ik niet alleen de tumoren doch ook bv. hart- en vaatziekten rangschik, vraagt ook om een verklaring.

Infectieziekten, feitelijk alle ontstekingsachtige ziekten zijn echter merkwaardigerwijze principieel altijd „geneesbaar”. Wanneer we de grote activiteit gadeslaan van de vormende krachten in een koortsend mens (warm, rood, snelle pols, snelle ademhaling, zweten) en daarnaast denken aan ziektes, zoals carcinoom, die op de eerste plaats gekenmerkt worden door het zich terugtrekken van de krachten die ons in stand moesten houden, kunnen we ons nauwelijks een grotere tegenstelling voorstellen.

Ik herinner me dat mijn jaargenoot BORST, toen hij destijds uit het kamp in Duitsland terugkwam, zei dat je mensen met pneumonie e.d. niet onmiddellijk met antibiotica moest behandelen, doch ze eerst flink wat koorts moest laten hebben. Ik meen ook soortgelijke opmerkingen van u zelf in vroegere artikelen gelezen te hebben.

De conclusie van dit hele betoog is op de eerste plaats dat achter het feit dat zoveel mensen het spectaculaire wat u vermeldt toch niet de enige maatstaf vinden voor de beoordeling van de gang van zaken in de huidige geneeskunde en dat er naast zeer veel waardering toch ook onrust onder de mensen heerst. Ik meen dat het niet juist is om een zekere twijfel, die bij velen bestaat, met gezwam te betitelen. Er zal wel veel gezwamd worden, doch daar achter staat iets anders.

Mijn houding tegenover de zichtbare ziekte is een totaal andere dan die elders bestaat. „Ziek-zijn moet niet zijn” is voor mij een tragische vergissing. Dat we de ziekte niet zonder

meer haar gang kunnen laten gaan spreekt vanzelf. Daarom gebruik ik voor hetgeen een ziekte (bv. mazelen) doet, het woord „herstel”, voor hetgeen we moeten doen wanneer we in de andere groep ziektes de taak van de ziekte over moeten nemen, het woord „genezen”.

Wanneer dit tevens onverbrekelijk verbonden is met alles wat ik heb gezegd over evolutie, zin van het leven, enz., en ik hiermee niet op een dwaalweg ben, zou het kunnen zijn dat door vele mensen zo iets gevoeld wordt, ook al kunnen ze het niet in concrete gedachten formuleren. Dit is voor mij één van de antwoorden op de vraag die ik achter uw betoog lees.

Driebergen, september 1977

L. MEES

Collega SCHÜCHNER schreef een boeiende brief met een groot aantal bijgesloten stukken, te lang om allemaal op te nemen. Ik heb getracht enkele saillante punten uit zijn betoog bijeen te garen.

„Hoewel uw artikel ons een fraaie lachspiegel voorhoudt, ben ik toch bang dat het weinig indruk zal maken omdat het niet rechtstreeks het „netto honorarium” lijkt aan te tasten.

In feite is het zo dat, als het hele Nederlandse volk dezelfde antwoorden zou geven op uw vragen als u en ik, een groot aantal bezitters van artsenbullen zeker ambteloos burger zullen worden, zeker niet brodeloos dank zij onze goede sociale wetten. Dat zijn zij die zich nu nog bezighouden met preventie en opsporing van doorgaans niet te genezen kwalen of die zich bezighouden met „begeleiding” van personen of patiënten. Die begeleiding houdt dan vaak niet meer in dan de belangstellende vraag „hoe gaat het met u”, meestal is het antwoord „nog even slecht”, dan volgt weer „moet u een nieuwe afspraak maken”.

Naar aanleiding van een bijgesloten voorgedrukte brief van een sociaal-geneeskundige dienst die aanvangt als volgt:

Zeër geachte

Wegens:

1. acuut optredende arbeidsongeschiktheid
2. hinder bij functievervulling
3. periodiek onderzoek
4. mijn wens tot nadere informatie betreffende twijfel over: aanwezigheid/herstel/behoud/vrees voor aantasting van arbeidsongeschiktheid vervoegde zich bij mij/werd naar mij verwezen: . . . , schrijft de inzender: „Dat acuut door dit bedrijf met 2 c's wordt geschreven en dat ik en meneer Van Dale dat meestal niet doen is vergeeflijk. Ze zien in hun bedrijf veel accu's en vermoeden dat acuut daarvan is afgeleid. Uit het formulier blijkt zonneklaar dat de door dit team begeleide patiënten beslist niet beter mogen worden, ze hebben immers vrees voor verlies van aantasting van arbeidsongeschiktheid. Nog voor de patiënt zijn brief aan mij overhandigde kon ik reeds voospellen dat zijn bedrijfsarts van oordeel was dat hij naar een fysiotherapeut moest worden verwezen. Dit bleek het geval (sjabloneneeskunde). Deze patiënt had inderdaad een acuut radiculair syndroom gehad dat na behandeling met Tomanol vrijwel, maar nog niet geheel genezen was, zodat hij zijn werk als buschauffeur nog niet tersond volledig kon hervatten.”

Hij vervolgt: „Is althans in Nederland het N.T.v.G. eigenlijk niet mede verantwoordelijk voor de polypragmasie en niet de WHO? Als ik me probeer voor te stellen wat patiënten in bv. Klinische Lessen moeten doormaken, voordat een blijkbaar heldere geest te binnen schiet wat hen zou kunnen mankeren dan rijzen de haren mij reeds te berge. Ik herinner

me ook nog een artikel in „Voor de praktijk” waarin een collega eens beschreef hoe een practicus een gonorrhoe moest bestrijden. Als de arts dat werkelijk zou doen zoals de schrijver wenste, was hij de hele dag met een geval bezig aangezien verwacht werd dat hij met öse dan wel wattenstok ettelijke keren uit allerlei openingen zou doen kweken.”

Een aankondiging van het bestaan van een psychotherapeutisch dagcentrum als onderdeel van een groot psychiatrisch centrum dat met een capaciteit van 14 deelnemers (bedoeld zijn patiënten) met psychische moeilijkheden voor een intensief psychotherapeutisch programma van 3 maal 5 dagen per week van 9.00 tot 16.30 met een behandelingssteam van 4 full-timers, een part-timer en een administratieve kracht. Indicaties o.a. contactstoornissen, eenzaamheidsproblemen, problemen in huwelijk, seksuele problematiek en als contra-indicatie o.a. ernstige gedragsgestoortheid, ernstige verslaving. De patiënten (18-60 jaar) blijven thuis wonen, geeft collega SCHÜCHNER in de pen: „Ik heb tot nu toe gedacht dat ik deze lichtere gevallen uit de wetenschappelijke psychiatrie nog steeds zelf mocht begeleiden. Dit blijkt dus alweer een vergissing. Ze moeten door 4 full-time specialisten en een part-timer worden begeleid met veel koffie- en thee-pauzes. Het lijkt me dat er nog veel meer personen hier te werk gesteld worden dan de reeds genoemde, ik noem dan maar een interieurverzorgster (vroeger werkster genaamd), huismeester enz. Als dit experiment slaagt hoeven de werkers in de verzorgende beroepen zich voorlopig geen zorg te maken over toekomstige werkloosheid. Dit team werkt voor slechts 14 patiënten.”

's-Gravenhage, augustus 1977

w.g. R. SCHÜCHNER

Van specialisten ontvingen wij de volgende brieven:

U verwoordt hier op heldere wijze datgene wat ik in toenemende mate de laatste jaren zelf zo aanvoel en als zodanig ook tracht te verkondigen in mijn werk en omgeving. Maar, zoals u bij uitstek bekend is, zijn horen, luisteren en willen begrijpen, alhoewel gerelateerde begrippen, in wezen zo anders dat pogingen om ook te handelen naar deze inzichten op velerlei weerstanden stuiten.

Mij was echter, met naar ik denk velen, het verschil ontstaan tussen de nieuwe definitie van gezondheid en het oude begrip over de gezondheid en mede daardoor de conclusies die u daaruit trekt. Ik ben daarom bijzonder verheugd dat dit nu eens op deze wijze op papier is gezet.

Eindhoven, september 1977 F. W. REIJSENBACH DE HAAN

De uitnodiging van uw hoofdredacteur aan de lezers van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* hun mening te geven over de ingrijpende veranderingen, die zich in ons medisch handelen aan het voltrekken zijn, zal zeker bij velen de behoefte opwekken daarop in te gaan. Met de retorische vraag: „Zijn wij op de goede weg?” worden immers een aantal zaken aan de orde gesteld die niet slechts de medische inzichten, maar ook de wereld- en levensbeschouwing van een ieder raken.

Elk van de aangestipte problemen zou een uitvoerige bespreking waard zijn en over sommige wordt ook reeds veel discussie gevoerd, maar dikwijls met voorbijgaan van de grondvragen. Stilzwijgend gaan wij voorbij aan het feit dat bewust of onbewust de inhoud van bepaalde begrippen werd veranderd. Ook hanteren voorstanders van nieuwe wegen graag nieuwe begrippen, waarmee zij hun discussiepartners

bij voorbaat in een — door hen niet gekozen — hoek plaatsen. Een oud voorbeeld is de term „allopathen”, een nieuwer: „denken vanuit medisch model”.

De meeste consequenties heeft wel de uitspraak over het begrip „gezondheid” van de WHO, die door professor JONGKEES terecht is aangewezen als punt waar de wegen scheiden. Velen hebben deze uitspraak met een schouderophalen als „goed bedoeld, maar onhaalbaar idealisme” naast zich neergelegd. Maar daarvoor is de zaak te ernstig: dr. Faust zag het beter, toen hij tot Mephistopheles sprak: „Werd'ich zum Augenblicke sagen: „Verweile doch, du bist so schön! Dann magst du mich in Fesseln schlagen, dan will ich gern zugrunde gehen etc.” De duivel was het hier van harte mee eens. Zowel streven naar, als bereiken van deze eschatologische droom kan gevaarlijk zijn!

De voordracht van professor VERBEEK, die in hetzelfde nummer staat afgedrukt, raakt eveneens deze problematiek. VERBEEK memoreert onder meer de door RÜMKE genoemde „verzoeken van de psychiater”, waarvan de laatste luidt: „Te menen dat de psychiater geroepen is de wereld de weg te wijzen naar een betere samenleving.” Voorwaar een profetische waarschuwing voor de geneeskundige stand als geheel!

Garne betuig ik dus mijn adhaesie met uw hoofdstuk en met name met de suggestie de doelstelling van de gezondheid opnieuw ter discussie te stellen. Het was mij bv. niet bekend dat onze Maatschappij zich achter de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft geschaard. Hoe en wanneer gebeurde dat en hoe kwam die besluitvorming tot stand? Een terugnemen van deze uitspraak zou een begin kunnen zijn van ons aller bewustwording en een „gezonder” uitgangspunt voor de hoognodige besprekingen van de overstelpende problematiek, die door JONGKEES in het vervolg van zijn hoofdartikel zo duidelijk is geschetst.

Utrecht, september 1977

E. J. DORHOUT MEES

Zin en onzin van moderne bronchospasmodolytica

Het zeer lezenswaardige artikel van collega OFFERHAUS (1977) geeft mij aanleiding tot enkele aanvullende opmerkingen. OFFERHAUS wijst er op, dat zowel de α -receptor- als de β -receptor-stimulatie tot hypoxemie kan leiden door toegenomen ventilatie-perfusiestoornis. In feite treedt tijdelijke daling van de arteriële zuurstofverzadiging steeds en onafhankelijk van de behandelingsmethode op bij het opheffen van een status asthmaticus. Dit hangt samen met het feit, dat de ventilatie in de bronchi met de minste bronchospasmus aanvankelijk onevenredig toeneemt, hetgeen ten koste gaat van de ventilatie in de het slechtst geventileerde gebieden. Voor intraveneuze aminofylline-toediening werd dit bijvoorbeeld aangetoond door REES e.a. (1967). De dalingen van de zuurstofverzadiging zijn echter van bescheiden omvang en worden in de klinische situatie niet als erg belangrijk gezien. De α -receptorstimulatie door efedrine heeft door het verwekken van vasoconstrictie in het neusslijmvlies een gunstig effect op neusverstopping bij rhinitis vasomotoria, welke aandoening zo vaak asthma bronchiale vergezelt. Verder veroorzaakt de bij astmabehandeling gebruikelijke bescheiden dosering van efedrine zelden hinderlijke spier-