

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-

tremor. In het licht van het bovenstaande hoeft het dan ook geen verwondering te wekken, wanneer OFFERHAUS kan citeren, dat ten minste de helft van de Engelse astmapatiënten in 1975 nog efedrine gebruikten, ondanks de beschikbaarheid van selectieve β_2 -receptor stimulerende sympathicomimetica. OFFERHAUS schrijft dat bij inhalatie met salbutamol of terbutaline het effect pas na een half uur op gang komt. Het mag waar zijn, dat het effect pas na 20 à 30 minuten maximaal is, maar de werkzaamheid begint veel eerder. Zo wordt bijna steeds bescherming tegen inspanningsastma verkregen, wanneer onmiddellijk voor de sterke inspanning de dosis-aërosol met één van de adrenerge bronchospasmolytica wordt gebruikt (GODFREY 1975; FITCH en GODFREY 1976). Voor rimiterol (Pulmadil) wordt trouwens door de producent een volledig effect binnen 5 minuten na gebruik geclaimd.

In 1968 brachten de twee gedegen publikaties van SPEIZER e.a. de oversterfte aan astma, opgetreden speciaal in Engeland en bij 10- tot 19-jarigen na de invoering van de dosis aërosol met isoprenaline en orciprenaline (Alupent), volop in de medische en publieke belangstelling. In deze publikaties werd reeds vermeld dat in een hoog percentage (61%) obductie had plaatsgevonden, waarbij in 97% het klassieke beeld bij overlijden door ernstig astma met zelfs in 91% afsluiting van de kleine bronchi door dik, taai slijm geconstateerd werd.

De hypothese, waartoe collega OFFERHAUS overhelt, namelijk overlijden door ritme-stoornissen ten gevolge van excessieve β_1 -stimulatie van een door hypoxemie overprikkelbare hartspier, wordt dus niet door deze obducties gesteund. Veel waarschijnlijker lijkt mij, dat de zich in de jaren zestig vooral ook in Engeland opvallend anti-autoritair opstellende jeugd, begeleiding door artsen afwijzend, tot zelf-behandeling van astma overging met zonder recept verkrijgbare dosis-aërosols (zonder adequate bijsluiters!). Het ontbreken van medische begeleiding wreekte zich, wanneer de bronchospasmus niet van lichte aard was en dus niet meer enkel op deze eenvoudige therapie kon reageren. De niet geïnstrueerde jonge patiënt bleef te lang op zijn dosis-aërosol vertrouwen en verzuimde tijdig betere hulp in te roepen, waardoor overlijden in status asthmaticus volgde. Deze veronderstelling wordt gesteund door het onmiddellijk verdwijnen van de oversterfte aan astma na het op recept brengen en van een betere bijsluiters voorzien van de dosis-aërosol (INMAN 1969). Deze ontwikkeling vond plaats ondanks toenemend gebruik van de dosis-aërosol.

Het pleidooi van collega OFFERHAUS voor het gebruik van de dosis-aërosol met adrenerge bronchospasmolytica in de astma-behandeling is de longarts natuurlijk uit het hart gegrepen. Ik zou graag zien dat zijn artikel onder ogen komt van alle leden van de Ziekenfondsraad. Misschien kan dit leiden tot het opgeven van het reeds lang achterhaalde verzet van deze instelling tegen het in het ziekenfondspakket beschikbaar stellen van bedoelde dosis-aërosols.

Literatuur: FITCH, K. D. en S. GODFREY (1976) *J. Amer. med. Ass.* 236, 152. — GODFREY, S. (1975) *J. Allergy clin. Immunol.* 56, 1. — INMAN, W. H. W. en A. M. ADELSTEIN (1969) *Lancet II*, 279. — OFFERHAUS, L. (1977 *Ned. T. Geneesk.* 121, 1422. — REES, H. A., R. C. BORTHWICK, J. S. MILLAR e.a. (1967) *Lancet* 1167. — SPEIZER, F. E., R. DOLL en P. HEAF (1968) *Brit. med. J. I*, 335. — SPEIZER, F. E., R. DOLL, P. HEAF e.a. (1968) *Brit. med. J. I*, 339.

Amsterdam, september 1977

A. S. NOACH

De brief van collega NOACH geeft op enige punten een welkome aanvulling op mijn Caput Selectum. Het spreekt vanzelf dat het ondoenlijk is om binnen het bestek van een tijdschrift alle controverses op dit gebied uitvoerig te behandelen, want dan zou het artikel tot een monografie zijn uitgegroeid. Gaarne zou ik echter nog een enkel punt willen becommentariëren: Inderdaad bestaat de klinische indruk dat het effect van langwerkende pharmaca zoals salbutamol en terbutaline vrijwel direct na de verneveling in de bronchusboom optreedt. Het is echter goed gedocumenteerd dat de objectief meetbare effecten (stijging van de peak expiratory flow rate en de één-seconde-waarde) met enige vertraging op gang komen. Of het ook door andere Nederlandse longartsen geclaimde directe effect berust op een placebo-werking dan wel op andere onmeetbare factoren is niet duidelijk. Dat rimiterol sneller werkt is inherent aan de catecholstructuur van het geneesmiddel.

De beschouwing die collega NOACH wijdt aan de oorzaak van de verhoogde sterfte bij de Engelse patiënten die ongelimiteerd hoog gedoseerde isoprenaline-aërosols gebruikten, is niet in strijd met mijn redenering; hoewel de pathologische bevindingen uiteraard overwegend pulmonaal waren, is de directe doodsoorzaak uiteindelijk vermoedelijk cardiaal — zoals eigenlijk bij iedere dood door verstikking. Overigens blijft iedere beschouwing over deze controversie hypothetisch, omdat men pas achteraf een verband heeft gelegd en het is tot dusverre aan geen van de talrijke longartsen en farmacologen die zich met dit probleem hebben beziggehouden gelukt afdoende aan te tonen wat hier precies is gebeurd.

Ik ben verheugd met de adhesie die collega NOACH en diverse van zijn collegae hebben betuigd met mijn stelling dat de dosis-aërosol op medische gronden uit het zg. kunst- en hulpmiddelen-pakket dient te worden gehaald.

Amsterdam, september 1977

L. OFFERHAUS

Naar aanleiding van het artikel van OFFERHAUS (1977) zouden wij op enkele tegenstrijdigheden in het betoog willen wijzen wat betreft het gebruik van zg. β_2 -adrenerge spasmolytica oraal of per inhalatie.

OFFERHAUS voert een pleidooi voor het toedienen van deze geneesmiddelen per aërosol. Hij voert zelf echter de volgende contra-argumenten aan.

1. Bij toediening per aërosol komt zelfs bij goede techniek slechts ca. 10% van het geneesmiddel in de luchtwegen terecht.

2. Ten minste 50% wordt toch nog geresorbeerd via slijmvliezen, keel en tractus digestivus.

3. Een 2e inhalatie binnen 6 uur is van bv. salbutamol niet raadzaam.

4. Het verschil tussen β_1 - en β_2 -effecten blijkt bij de mens geringer dan bij dierproeven, zodat men toch en vooral bij overdosering bezorgd moet zijn voor ongewenste cardiale neveneffecten.

5. Door OFFERHAUS als minder belangrijk geachte maar toch zeer wezenlijke bezwaren zijn nog het drijfgas en het verschil in prijs t.o.v. de orale toedieningsvorm. De aërosolvorm is 5-10 maal zo kostbaar als de orale vorm van toediening.

Er zijn nog een aantal argumenten tegen het gebruik in aërosolvorm van β_2 -adrenerge stoffen en vóór oraal gebruik.

6. Juist bij benauwdheid met flinke ongelijkmatige ventilatie zal het geneesmiddel alleen de goed geventileerde longde-