

In zijn klinische les (1977) vraagt SLUITER zich af, of zijn les een pleidooi is voor wat men wel „technische geneeskunde” of „het somatisch model” noemt. Bovendien voegt hij eraan toe, dat hij niet zo goed raad weet met deze termen, zoals hij ook moeite heeft — naar zijn zeggen — met begrippen als „de totale mens” en „de integrale geneeskunde”. Dit laatste hangt wellicht samen met een merkwaardige incongruentie in zijn les, waar ik dadelijk op terugkom.

Zijn vraag kan wat mij betreft in positieve zin beantwoord worden, gezien de eenzijdige benadrukking door SLUITER van de natuurwetenschappelijke vakbekwaamheid van de arts. Zo lijkt mij de uitspraak „Geneeskunde is een natuurwetenschappelijk vak en behoort dit te blijven” beslist onjuist. De geneeskunde is in de eerste plaats een kunde en zij richt zich (c.q. moet zich richten) op de totale mens, die meer is dan een fysisch-chemisch systeem en die daarom niet te begrijpen is in een natuurwetenschappelijk kader. Dat de geneeskunde geen louter natuurwetenschappelijk vak is, leert ons ook de geschiedenis: de geneeskunde is al zo oud als de mensheid, terwijl de opkomst van de natuurwetenschappen hooguit van enkele eeuwen terug dateert. Verder lijkt mij het oude adagium omtrent de taak van de medicus „guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours” ook heden ten dage zijn waarde niet verloren te hebben.

Merkwaardig genoeg onderkent SLUITER dit wel degelijk, zoals blijkt uit andere passages in zijn klinische les. Zo behoort het volgens hem tot de taak van de arts „een deel van de begeleiding van de patiënt en zijn familie” op zich te nemen. Verder spreekt hij over „de medische zorg, waartoe ook het medeleven met de patiënt behoort” en over het behandelen van mensen in nood „met alle respect voor de patiënt”. Welnu, dit alles heeft niets met natuurwetenschappen te maken en ik vraag mij dan ook af, of het hierboven gewraakte citaat niet aan de pen van de schrijver is „ontschoten”.

Door haar natuurwetenschappelijke basis heeft de geneeskunde grote vorderingen gemaakt en in dit kader acht ik het ook belangrijk, dat de hedendaagse arts goed geschoold (en nageschoold) is op dit gebied. Het lijkt mij echter ongewenst deze natuurwetenschappelijke bekwaamheid eenzijdig te benadrukken, want het is zeker niet deze „technische” deskundigheid alleen, die een maat is voor het peil van de gezondheidszorg.

Literatuur: SLUITER, H. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2065.

Nijmegen, december 1977

W. DEKKERS

Met veel interesse heb ik de klinische les van SLUITER (1977) gelezen. Na het klinische gedeelte volgt een wonderlijke reeks ontboezemingen over ontwikkelingen in de geneeskunde en gezondheidszorg. „Het bewijs dat bij re-allocaatie van beperkte middelen winst in de eerste lijn opweegt tegen verlies in de tweede lijn, moet nog geleverd worden”, zegt SLUITER. Dat is natuurlijk waar. Het ligt dan wel voor de hand om je bij deze vage constatering af te vragen wat winst is, en wat verlies. Bovendien: het omgekeerde is eveneens waar. Is het bewijs geleverd dat door de jarenlange ruime financiering en ontwikkelingskansen van de vooral technologische aspecten van de klinische geneeskunde, de verkregen winst in een redelijke verhouding staat tot de gedane investeringen? En dan nog: wat is die winst? En: wat is het verlies? SLUITER meent dat ten aanzien van een volksziekte als CARA de huisarts de aangewezen cen-

trale figuur is. Hoe hij die rol ziet, geeft SLUITER niet duidelijk aan. Over de behandeling en begeleiding van CARA bestaat in het geheel geen eensgezindheid. En wat is CARA precies? Is het een „aspecifieke” verzameling van chronische luchtwegobstructies? Zijn er niet zodanige differentiaties in deze verzamelnaam dat daaruit ook consequenties voor de behandeling en begeleiding uit voortvloeien (FLETCHER e.a. 1976)? Uit een recent veldonderzoek van HUYGEN e.a. (1977) in een huisartspraktijk blijkt hoe moeilijk het is het begrip CARA te vangen in een bruikbaar, methodologisch verantwoord onderzoekmodel. En ook blijkt hoe dubieus de waarde is van hygiënische adviezen en medicamenteuze therapieën.

Het zou te ver voeren de begrippen „totale mens” en „integrale geneeskunde”, waar SLUITER moeite mee heeft, te gaan uitleggen en beschrijven. In het *Leerboek Huisartsgeneeskunde* van VAN ES (1974) is er een en ander over te vinden. Ook de stelling dat „geneeskunde een natuurwetenschappelijk vak is en dit behoort te blijven” getuigt van een verontrustende eenzijdigheid. Geneeskunde (om over geneeskunst maar niet te spreken) is zeker *niet alleen* een natuurwetenschappelijk vak. Daarmee zou aan vele excellente beoefenaren (vanaf HIPPOCRATES tot heden van dit vak (?)) onrecht worden gedaan.

Ik ben het overigens geheel eens met SLUITER waar hij stelt dat de medische zorg effectiever wordt naarmate de deskundigheid van de arts groter is en dat hij zich derhalve dient in te spannen om — ook op natuurwetenschappelijk gebied — bij te blijven.

Literatuur: ES, J. C. VAN (1974) *Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde*, bl. 90. Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht. — FLETCHER, C., C. TINKER en F. E. SPEIZER (1976) *The natural history of chronic bronchitis and emphyseem*. Oxford University Press, Londen. — HUYGEN, F. J. A., J. VAN EIJK, H. VAN DE HOOGEN e.a. (1977) *Huisarts en Wetenschap* 20, 435. — SLUITER, H. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2065.

Venlo, december 1977

H. F. J. M. CREBOLDER

Ik ben de drie inzenders erkentelijk voor hun commentaar. Er blijkt een grote mate van eenstemmigheid te bestaan ten aanzien van de beide hoofdthema's: de arts als vakkundig en fatsoenlijk vakman, én de noodzaak van voortdurende scholing. Collega LATHOUWERS kan zich in grote lijnen vinden in mijn afbakening van de geneeskunde als natuurwetenschappelijk vak, maar de collegae DEKKERS en CREBOLDER tekenen hiertegen bezwaar aan. Herlezing van mijn les en lezing van de commentaren geeft mij geen aanleiding van mijn mening te herzien.

Vaktechnische kennis en kunde zijn voor mij de basis van de geneeskunde; de stormachtige ontwikkelingen van de laatste decennia zijn vrijwel geheel uit de natuurwetenschappen voortgekomen. Natuurlijk is „de mens meer dan een fysisch-chemisch systeem”, ik heb dat naar ik meen ook duidelijk laten uitkomen. Het adagium „guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours” geldt echter, met uitzondering van het eerste gedeelte, voor vele tussenmenselijke relaties en is geen prerogatief van de arts.

Collega CREBOLDER gaat nog op een aantal andere zaken kort in. Ik ben het met hem eens dat in de geneeskunde zaken als winst en verlies niet altijd gemakkelijk kwantificeerbaar zijn. Ik ben overtuigd van de noodzaak van een goede eerste-lijns-geneeskunde (= het aandeel van de eerste-lijns-arts in de gezondheidszorg); ik maak mij grote

zorgen over het gemak waarmee sommigen oordelen dat de tweede-lijns-geneeskunde wel wat gas kan terugnemen ten bate van de eerste lijn. Ik meen, ook na herlezing, mij niet beter te kunnen uitdrukken dan: „het bewijs dat bij re-alloca-tie van beperkte middelen winst in de eerste lijn opweegt tegen verlies in de tweede lijn moet nog geleverd worden”.

Ik meen met bovenstaande voldoende kanttekeningen te hebben geplaatst. Collega CREBOLDER zal naar ik hoop be-grip willen opbrengen voor het feit dat ik in deze context niet inga op zijn opmerkingen inzake de CARA. Het Tijdschrift heeft hieraan in de loop der jaren ruimschoots aandacht besteed. Inzake het geciteerde artikel van HUYGEN c.s. lijkt het mij ook juist de discussie op een andere plaats voort te zetten.

Groningen, januari 1978

H. J. SLUITER

Corticosteroidtherapie bij paralyse van Bell

Prof. STAAL (1977) herziet zijn mening over het nut van corticosteroiden bij de paralyse van Bell, in een ingezonden mededeling naar aanleiding van het caput selectum van COST (1977). Hij neemt de conclusie van MAY e.a. (1976) over dat prednison niet zou helpen bij paralyse van Bell. Deze konden inderdaad geen gunstig effect waarnemen na een behandeling met 410 mg prednison in 10 dagen, vanaf de 2e dag in een aflopende dosering.

In 1971 hebben TAVERNER en medewerkers duidelijk aangetoond dat prednison wel degelijk degeneratie kan voor-komen. (TAVERNER gaf 80 mg gedurende 5 dagen, 1 dag 60 mg, 1 dag 40 mg, 1 dag 20 mg en 1 dag 10 mg; totale dosis 530 mg in 9 dagen.) In de groep patiënten die met cortico-strofine behandeld werd, ontstond bij 32 van de 94 denervatie, bij 6 van hen een ernstige; in de groep patiënten die met prednison behandeld werd, trad denervatie slechts bij 13 van de 92 op, en bij geen enkele in ernstige mate. Statistisch is dit onderzoek goed opgezet en de uitslag is zeer duidelijk. Ook andere auteurs die in de beginfase een hoge dosis corticosteroid geven gedurende een aantal dagen, hebben gunstige resultaten beschreven (ANDRASHKE en FRICK 1967).

Sinds 1973 behandelen wij onze patiënten met een ernstige facialisverlamming van Bell (d.w.z. bij een (sub)totale verlamming bij klinisch onderzoek) met prednison, dat even werkzaam is als prednison, volgens het schema van ADOUR e.a. (1972). Patiënt krijgt gedurende 4 dagen 60 mg prednison per dag, daarna wordt de dosering per dag met 1 tablet (= 5 mg) verminderd. De totale dosis bedraagt 570 mg, de totale kuur duurt 15 dagen (JONGKEES 1975). Uiteraard bestaan absolute en relatieve contra-indicaties tegen het ge-bruik van prednison. Bestaat de verlamming langer dan 1 week, dan wordt over het algemeen van behandeling afge-zien omdat aangenomen mag worden dat de acute periode bij de ernstige verlammingen dan voorbij is.

De negatieve conclusie van MAY e.a. berust op een onder-zoek waarbij deze auteurs een andere behandeling hebben toegepast dan die ze bestrijden. Zij hebben namelijk een te lage dosis prednison toegediend en zij hebben reeds vanaf de 2e dag van de behandeling de dosis verminderd. Het is geen wonder dat iemand zijn opvattingen moet wijzigen als hij de toegepaste statistische methoden niet in beschouwing neemt.

Onze eigen ervaringen bevestigen de gunstige resultaten van TAVERNER e.a. Een uitgebreide beschrijving en discussie worden binnenkort gepubliceerd.

Literatuur: ADOUR, K. K., J. WINGERD, D. N. BELL e.a. (1972) *New Engl. J. Med.* 287, 1268. — ANDRASHKE, H. en E. FRICK (1967) *Munch. med. Wschr.* 109, 1650 — COST, W. S. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1508. — DEVRIESE, P. P. *Oto-rhino-laryng.* Ter perse. — JONGKEES, L. B. W. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 786. — MAY, M., R. WETTE, W. B. HARDIN e.a. (1976) *Laryngoscope (St. Louis)* 86, 1111. — STAAL, A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 786; (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1980. — TAVERNER, D., S. B. COHEN en B. C. HUTCHINSON (1971) *Brit. med. J.* IV, 20.

Amsterdam, december 1977

P. P. DEVRIESE

Op het ingezonden stuk van collega DEVRIESE wil ik gaarne het volgende opmerken.

1. TAVERNER en medewerkers hebben in 1971 bij patiënten met een paralyse van Bell het effect van prednison en corticotrofine *met elkaar* maar niet met het *spontane* beloop van deze aandoening vergeleken. Hieruit is geen enkel be-wijs te putten voor beïnvloeding van het spontane beloop door deze medicamenten.

2. Het onderzoek van ANDRASKE en FRICK (1967) was niet prospectief, niet gerandomiseerd en niet dubbelblind. Dit onderzoek laat geen enkele conclusie toe over een thera-peutisch effect van corticosteroiden bij de paralyse van Bell.

3. In het artikel van MAY e.a. (1976) staat over de dosering letterlijk vermeld „410 mgr. prednison in descending doses over ten days”. De startdosis en het overige doserings-schema werden niet vermeld. Zonder meer concludeer ik hier niet per se uit dat de tweede dag de dosering reeds verminderd werd. Ik schreef de auteur hierover maar ont-ving nog geen antwoord. Het lijkt waarschijnlijker dat hij bv. 5 dagen 60 mg prednison gaf en vervolgens in 5 dagen de dosis tot nul verminderde.

4. Er is mij geen prospectieve, goed gerandomiseerde en dubbelblinde „trial” bekend, waarin het nut van prednison-of ACTH-medicatie met uitsluiting van vooroordeel werd aangetoond. Vergelijking van behandelde met een vroegere serie onbehandelde patiënten bewijst weinig. De „clinical trial” van TAVERNER e.a. (1966) met ACTH werd voortijdig beëindigd, was sindsdien niet meer prospectief maar retrospectief en het prospectieve deel was volgens TAVERNER zelf statistisch niet significant.

5. Ik kan mij volledig verenigen met de laatste regels van collega DEVRIESE: „Het is geen wonder dat iemand zijn opvattingen moet wijzigen, als hij de toegepaste statistische methoden niet in beschouwing neemt” en dit geldt dan in het bijzonder voor de methodologische fouten in het artikel van ADOUR e.m. (1972), waaruit door sommigen het bewijs ge-put wordt voor het nut van prednisonbehandeling bij de paralyse van Bell.

6. Mijns inziens zal een goed opgezette „clinical trial” met hoge dosis corticosteroiden het definitieve antwoord moe-ten geven. Met belangstelling zie ik dan ook de door collega DEVRIESE aangekondigde publicatie tegemoet.

Literatuur: TAVERNER, D., U. E. FEARNLY, F. KEMBLE e.a. (1966) *Brit. med. J.* I, 391.

Rotterdam, januari 1978

A. STAAL