

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

De opleiding tot algemeen arts

Als studenten voelen wij ons bijzonder aangesproken door het ingezonden stuk van W. G. BEEMSTERBOER (1978). We zijn verheugd wanneer de taak van de arts in dit tijdschrift uitvoerig en openlijk ter discussie staat. De verantwoordelijke taak van de arts noopt inderdaad tot bezinning en kan niet los gezien worden van de taak van ieder mens in dit leven.

Hoewel de schrijver stelt dat studenten zich verre moeten houden van buiten hun competentie liggende terreinen, achtten wij het noodzakelijk demagogisch generaliserende uitlatingen te leren onderscheiden van redelijke argumenten.

Het is niet onze bedoeling hier in te gaan op de rijke schakering van maatschappelijke, politieke en ethische onderwerpen, die het artikel kleurt. Wanneer bij voorbeeld drugverslaafden en terroristen in één adem genoemd worden, wanneer bovendien gesuggereerd wordt, dat het begaan zijn met hun lot de goede behandeling van een leukemiepatiëntje (geboren uit wat voor ouders dan ook) ook in de weg staat, worden op zijn minst de grenzen van het „eigen financiële en psycho-sociale voortuintje” overschreden. Het gevaar dreigt dat de arts zijn maatschappelijke opvattingen laat meespelen in zijn optreden.

Als de behandeling van een bepaalde groep patiënten induist tegen de beginselen waar een arts van uitgaat, ontslaat dat hem nog niet van de plicht voor een goede behandeling zorg te dragen; desnoods door anderen dan door hemzelf. Met onbegrip benaderd en slecht behandeld kan drugverslaving een even noodlottige afloop hebben als leukemie.

Wij beschouwen het als plicht van de arts om vanuit zijn eigen levensbeschouwing dáár te helpen, waar hij kan, zonder onderscheid des persoons, met een heldere kijk op het complexe karakter van menselijk lijden, zonder te hoeven kiezen voor welk eenzijdig gezichtspunt dan ook.

Literatuur: BEEMSTERBOER, W. G. M. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 770.

Amsterdam, juni 1978

J. M. HAVENAAR
B. A. LEEUWENS

Met enige verbazing las ik het stuk van BEEMSTERBOER (1978). Over de aanloop in z'n stuk met verwijzingen naar „extatische gemoedstoestanden in het hiernamaals” wil ik liever zwijgen. Ook de m.i. wat eenzijdige visie op de werkeloosheidsproblematiek wil ik onbesproken laten. Op de opmerkingen over het „gepreoccupeerd zijn” van sommigen met het lot van drugverslaafden en gevangen gezette terroristen wil ik, omdat beide onderwerpen mij intensief bezighouden, graag ingaan. Het moet BEEMSTERBOER niet ontgaan zijn dat er sprake is van een ernstige toename van het alcoholisme en ander drugmisbruik, terwijl de problematiek rondom terrorisme en (of) guerillastrijd thans al evenzeer meer is dan een kwestie die slechts enkele „gepreoccupeerden” betreft. Zelf ben ik reeds jaren sterk „gepreoccupeerd” met de opvang en behandeling van verslaafden terwijl ik de laatste tijd ook betrokken ben bij de begeleiding van RAF-leden in Nederlandse detentie.

Ik heb daarbij niet het gevoel dat dit zou betekenen dat ik

a. mij niet zou willen inzetten voor ouders van een leukemiepatiëntje, b. deze „preoccupatie” als een beschamende activiteit moet opvatten. BEEMSTERBOER wijst m.i. terecht op een ongewenste tweespalt. Maar zijn toon lijkt mij slechts bevorderlijk om deze tweespalt te vergroten. Het verslavingsprobleem vergt zeer veel aandacht, ook of vooral in de geestelijke hygiënische sfeer. De politieke gewelddadigheid van welke kant ook kan nauwelijks genoeg aandacht krijgen.

Wij kunnen bv. in Nederland nog steeds vrij onze mening uiten zoals BEEMSTERBOER en ik beiden doen. Nog niet zo lang geleden werd aan ca. 6.000.000 joodse medemensen dit recht op gewelddadige wijze definitief ontnomen. Men hoede zich met name in de geneeskunde voor waarde vrije feitelijkheid. Dat kunnen medemensen snel veranderen in objecten.

Bennebroek, juni 1978

F. VAN REE

Chloroquine-resistentie in Afrika

In het artikel van H. J. VAN DER KAAJ en P. J. ZUIDEMA (1978) worden de gebieden genoemd waar chloroquine-resistente *Plasmodium falciparum*-stammen zijn aangetroffen. West-Afrika staat nog steeds niet in het rijtje. Een jaar geleden al stelden dezelfde schrijvers (1976) dat chloroquine-resistentie in tropisch Afrika nog niet is waargenomen. De volgende ervaringen uit het „Centre Hospitalier Régional” te Sokodé, midden Togo (West-Afrika) wijzen echter op het tegendeel.

1. In de periode van januari 1975 tot januari 1977 werd tweemaal een autochtone volwassene opgenomen met hoge koorts en een forse parasitemie (*P. falciparum*) bij wie ondanks de behandeling, bestaande uit 2000 mg chloroquine-base, waarvan de eerste 600 mg parenteraal, *P. falciparum* aantoonbaar bleef 3, 7 en 30 dagen na het begin van de behandeling. Klinisch was in beide gevallen overigens vanaf de derde dag duidelijk verbetering opgetreden.

2. Onder de Amerikanen, Duitsers en Nederlanders die trouw de hun aanbevolen profylactische dosis chloroquine (Nivaquine) van 300 of 400 mg per week innamen (de meeste Fransen namen 100 mg per dag) heb ik in totaal 5 gevallen aangetroffen van bewezen malaria tropica.

3. Na gedurende 1 jaar 6 maal 100 mg chloroquine per week te hebben genomen kreeg ik zelf in januari 1976 een malaria-aanval (uitstrijkje: *P. falciparum*).

4. Mijn dochtertje van 4 jaar, dat de voor haar leeftijd hoge profylactische dosis chloroquine van 50 mg per dag slikte, ontwikkelde in aansluiting aan een pyelonephritis opnieuw hoge koorts. Uitstrijkje: stampvol malaria-parasieten (*P. falciparum*). Ze herstelde vlot op een combinatiepreparaat van sulfadoxine met pyrimethamine (Fansidar).

Toen ik tegenover de plaatselijke autoriteiten melding maakte van chloroquine-resistentie van bepaalde *P. falciparum*-stammen in Togo, werd mij medegedeeld dat dit al lang bekend was. Of er ooit onderzoek naar was verricht wist men evenwel niet. In veel gevallen blijkt in Togo deze zg. al lang bekende resistentie te berusten op te laag voorgeschreven of ingenomen doses Nivaquine. Velen onder het me-