

(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 gevangenen 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-

disch en para-medisch personeel zijn niet op de hoogte van de correcte doseringen.

Niettemin kom ik voorlopig, op grond van mijn eigen ervaringen, tot de volgende conclusies:

Hoewel er kennelijk nog geen officieel rapport over bestaat, is partiële chloroquine-resistentie bij *Plasmodium falciparum*-stammen in West-Afrika aangetroffen. De Nederlandse arts dient er rekening mee te houden dat iemand die trouw zijn chloroquineprohylaxe volgt, tijdens zijn verblijf in Afrika of na zijn terugkeer toch een aanval van malaria tropica kan krijgen.

Zoals in het genoemde artikel al is aangegeven is voor een kort durend verblijf in tropisch Afrika een profylactische dosis van 100 mg chloroquine-base per dag aan te bevelen.

Literatuur: KAAJ, H. J. VAN DER EN P. J. ZUIDEMA (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 884; (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 274.

Twello, april 1978

J. J. PETIT

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is chloroquine-resistente malaria tropica tot nu toe in tropisch Afrika niet met zekerheid vastgesteld. Hiermede is de ervaring bij de behandeling van importgevallen van malaria tropica uit tropisch Afrika in overeenstemming. Jaarlijks worden alleen al in West-Europa honderden gevallen van malaria tropica uit alle mogelijke landen van tropisch Afrika geïmporteerd; zover ons bekend is hierbij nooit chloroquine-resistentie waargenomen. Daarentegen is bij importgevallen van malaria tropica uit de bekende resistentiegebieden (Zuid-Amerika, Zuidoost-Azië, Nieuw Guinea) inderdaad resistentie vastgesteld, o.a. in Nederland.

Vele personen die in tropisch Afrika zijn geweest delen ons mede een aanval of enige aanvallen van malaria tropica gehad te hebben hoewel ze de malariaprofylaxe goed gevolgd hadden. Hieruit zijn geen gevolgtrekkingen te maken; meestal werd de diagnose niet door bloedonderzoek bevestigd en in de gevallen waarin dit bloedonderzoek wel verricht werd weet men niet of dit op betrouwbare wijze is geschied.

Maar ook Nederlandse artsen in tropisch Afrika of pas daaruit teruggekeerd vertellen ons nog al eens chloroquine-resistentie bij patiënten met malaria tropica te hebben waargenomen. Meestal berust deze mening op het feit dat na een chloroquinekuur de temperatuur wel normaal werd maar het bloedpreparaat nog parasieten bevatte. Hierbij zijn vele vergissingen mogelijk, o.a. de volgende.

1. Bij een patiënt met malaria tropica neemt de parasitemie tijdens behandeling met chloroquine snel af doch het dikke-druppelpreparaat kan op het einde van een kuur met in totaal 2000 mg chloroquine-base nog wel een enkele *Plasmodium falciparum*-ring bevatten. Daar de chloroquineconcentratie in het bloed nog geruime tijd hoog blijft zullen de resterende parasieten in de volgende dagen worden opgeruimd.

2. De in het bloed aangetroffen parasieten zijn geen trofozoieten maar gametocyten. De gametocyten van *P. falciparum* („halve manen”) komen ongeveer 1 week na het begin van de aanval in het bloed en blijven daarin enige weken. Chloroquine is tegen deze geslachtelijke vormen van *P. falciparum* onwerkzaam.

3. De bloedpreparaten zijn dikwijls onjuist vervaardigd en (of) slecht gekleurd zodat ze niet te beoordelen zijn. Indien dit toch gebeurt en door iemand met weinig ervaring, is de kans groot dat trombocyten, kleurstofneerslag en al-

lerlei artefacten voor malariaparasieten gehouden worden. Helaas komt dit dikwijls voor.

Natuurlijk is het mogelijk dat ook in tropisch Afrika chloroquine-resistentie van *P. falciparum*-stammen zal ontstaan; dit is zelfs één van de grootste zorgen voor de Wereldgezondheidsorganisatie en één van de voornaamste redenen waarom het zoeken naar nieuwe malariamiddelen doorgaat. Het eerste signaal moet van de praktizerende arts komen. Collega PETIT zendt zo'n signaal uit. Hij schrijft o.a. dat zijn 4-jarig dochtertje dat dagelijks 50 mg Nivaquine gebruikte (een zeer hoge dosis!, een wekelijkse dosis van 100 Nivaquine moest voldoende zijn) hoge koortsen kreeg waarbij een bloeditstrijkje stampvol malariaparasieten (*P. falciparum*) was. Indien deze waarneming juist is leed zij aan een infectie door een *P. falciparum*-stam met de hoogste graad van chloroquine-resistentie. Dit is een zeer ernstige zaak die niet met enkele regels in de rubriek *Ingezonden* van het *Ned. T. Geneesk.* kan worden afgedaan. Het behoort, goed gedocumenteerd, ter kennis van de gezondheidsautoriteiten van Togo en van de malaria-afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie te worden gebracht zodat een nauwkeurig onderzoek naar het voorkomen van chloroquine-resistentie in het betreffende gebied kan worden ingesteld. Het protocol van een dergelijk onderzoek is door de Wereldgezondheidsorganisatie opgesteld. In afwachting van de uitslag van dat onderzoek komt het ons niet verantwoord voor nu reeds in dit tijdschrift met stelligheid teponeren dat in West-Afrika (!) chloroquine-resistentie voorkomt; dat sticht verwarring en zaait onrust.

Amsterdam juni 1978

H. J. VAN DER KAAJ
P. J. ZUIDEMA

Tetanus en spierrelaxantia

Vandaag pas mocht ik het nummer van 26 november 1977 van het Tijdschrift ontvangen met daarin het artikel van VAN KESTEREN e.a. Ik reageer hierop omdat het me wat dwars zit: het lijkt of alleen artikelen gelezen worden uit klinieken waar scopieën, scans en sofisticated bepalingen mogelijk zijn. Ervaringen uit de derde wereld waar men van een aantal ziekten (zoals tetanus) toch wel wat meer ziet, gelden niet?

SANDERS (1977) heeft in de *Lancet* een aanzienlijke daling in mortaliteit van tetanus beschreven. Het lijkt me dat hij er wat over zeggen mag: zo'n 200 gevallen per jaar. De intrathecale toediening van antitetanusserum is daarvoor verantwoordelijk. Bij hem is de mortaliteit 8%, bij VAN KESTEREN 14%. Natuurlijk zijn 2 patiënten arbitrair, maar heeft in de tropen niemand bijkomende ziektes?

Literatuur: KESTEREN, R. G. VAN, A. N. P. VAN HEIJST, J. M. C. DOUZE e.a. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1920. — SANDERS, R. K. M., R. JOSEPH, B. MARTYN e.a. (1977) *Lancet* I, 974.

Mbozi (Tanzania), maart 1978

P. HARDUS

Het commentaar van collega HARDUS maakt het ons nog gemakkelijker om het belangrijke artikel van SANDERS e.a. (1977) onder de aandacht te brengen, dat nog niet verschenen was toen wij ons artikel ter publikatie inzonden en dat daarom onvermeld bleef. Van de ervaring bij de behandeling van meer dan 5000 tetanus-patiënten kunnen wij alleen