

zichtigheid manen. Wanneer zowel klinisch onderzoek als de mammografie wijst op een benigne aandoening en ook de cytologie zich daarbij aansluit, is het verantwoord af te wachten. Wanneer bij één van deze onderzoekmethoden twijfel aan de goedaardigheid van de aandoening rijst, moet er een biopsie volgen. Of deze dan poliklinisch of direct klinisch moet geschieden, kan men mede laten afhangen van de uitslag van de cytologie.

Ik wil echter nogmaals stellen, dat het me erom te doen was degenen onder ons, die niet zeer geregeld geconfronteerd worden met mamma-aandoeningen, te waarschuwen voor een te groot vertrouwen in de uitslag van de mammografie.

Leiden, juli 1978

A. ZWAVELING

Malariaprofylaxe

Volgens VAN DER KAAJ en ZUIDEMA (1978) bestaat de beste thans bekende profylaxe tegen chloroquine-resistente *P. falciparum* uit de combinatie van een langwerkend sulfonamide met pyrimethamine, bijvoorbeeld in de vorm van het combinatiepreparaat Fansidar. Fansidar is in Nederland niet in de handel, maar het is niet duidelijk waarom dit het uitwijken naar de combinatie chloroquine + pyrimethamine noodzakelijk zou maken. Logischer lijkt het een combinatie te gebruiken van pyrimethamine met een in Nederland wel verkrijgbaar langwerkend sulfonamide.

Een tablet Fansidar bevat 500 mg sulformethoxine. Een ten minste equivalente sulfonamide-spiegel als bij 1 maal per week 500 mg sulformethoxine verkrijgt men bij gebruik van 1 maal per week 1000 mg sulfaleen (5 tabletten Kelfizina 200 mg of 1/2 tablet Longum 2 gram) (KRUGER-THIEMER en BUNGER 1965; WALTER en HEILMEYER 1975). Profylaxe tegen chloroquine-resistente *P. falciparum* zou dus kunnen worden uitgevoerd met 1 maal per week 1 tablet Daraprim (pyrimethamine) 25 mg + 1 maal per week 1/2-1 tablet Longum (sulfaleen) 2 gram. (Longum-tabletten hebben geen deelstreep, zodat het gebruik van hele tabletten te prefereren is.)

Literatuur: KAAJ, H. J. VAN DER en P. J. ZUIDEMA (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 274. — KRUGER-THIEMER, E. en P. BUNGER (1965) *Proc. Europ. Soc. for Study of Drug Toxicity*, bl. 185. Excerpta Medica International Congress Series nr. 97 vol. VI. — WALTER, A. M. en L. HEILMEYER (1975) *Antibiotika Fibel*, 4e druk, bl. 130. Thieme, Stuttgart.

Amsterdam, juli 1978

E. J. VOLLAARD

Van de langwerkende sulfonamiden zijn sulformethoxine en sulfaleen als anti-malariamiddelen gebruikt. Sulfaleen wordt in combinatie met de foliumzuurantagonist trimethoprim voorgeschreven. Enkele publikaties over de werking van sulfaleen-trimethoprim bij de *behandeling* van patiënten met malaria tropica door chloroquine-gevoelige en door chloroquine-resistente *P. falciparum*-stammen zijn de volgende:

MARTIN en ARNOLD (1968) gaven 8 patiënten met malaria tropica door een chloroquine-gevoelige *P. falciparum*-stam uit Uganda éénmaal 250 mg sulfaleen en 125 mg trimethoprim; allen genazen. 11 patiënten met malaria tropica door een chloroquine-resistente *P. falciparum*-stam uit Zuidoost-Azië kregen éénmaal 750 mg sulfaleen en 500 mg

trimethoprim; 10 herstelden, bij 1 patiënt ontstond een recrudescentie.

CLYDE e.a. (1971) behandelden 3 patiënten met malaria tropica door een chloroquine-resistente *P. falciparum*-stam uit Maleisië met éénmaal 1,5 g sulfaleen en 1 g trimethoprim; slechts 1 patiënt herstelde. 4 patiënten ontvingen éénmaal 1 g sulfaleen en 1,5 g trimethoprim; dit gaf bij geen van hen radicale genezing. 14 patiënten werden gedurende 3 dagen met 1 g sulfaleen en 1,5 g trimethoprim per dag behandeld; bij 4 van hen gaf dit geen radicale genezing, bij 2 van deze 4 nam zelfs de parasitemie niet af.

Over het gebruik van de combinatie sulfaleen-trimethoprim bij de *malaria-profylaxe* zijn ons geen gegevens bekend. Wij kennen ook geen publikaties over het gebruik van de combinatie sulfaleen-pyrimethamine bij de *behandeling* van patiënten met chloroquine-resistente malaria tropica of bij de *profylaxe*.

De *behandeling* van chloroquine-resistente gevallen van malaria tropica met sulfaleen-trimethoprim heeft geen ingang gevonden. Hiervoor wordt steeds de combinatie sulformethoxine-pyrimethamine (Fansidar) aanbevolen.

Voor de *profylaxe* in gebieden met chloroquine-resistente malaria tropica raadt de Wereldgezondheidsorganisatie (1976) óók deze combinatie aan; althans wanneer de profylaxe niet langer dan 1 jaar duurt. De standaarddosering is éénmaal per 2 weken 2 tabletten Fansidar. De redactie van de *British Medical Journal* (Leading article 1976) nam dit advies over. Aanvankelijk werd gevreesd dat een langdurig gebruik van Fansidar ernstige bijwerkingen, met name het syndroom van Stevens-Johnson, zou kunnen veroorzaken; dit bleek niet het geval te zijn. Het is echter (nog) niet bekend of een gebruik van langer dan 1 jaar al dan niet ernstige bijwerkingen geeft.

Gezien deze literatuurgegevens kunnen wij de combinaties sulfaleen-trimethoprim en sulfaleen-pyrimethamine niet aanbevelen. We zouden ook niet weten in welke dosering deze geneesmiddelen zouden moeten worden voorgeschreven. VOLLAARD noemt een bepaalde dosering, misschien is deze op voor ons onbekende literatuurgegevens gebaseerd; we zouden deze gaarne van hem willen vernemen.

Tenslotte: Fansidar is in Nederland niet in de handel; voor de *behandeling* van chloroquine-resistente *P. falciparum*-infecties is Fansidar echter wel beschikbaar, nl. bij de tropeninstellingen in Leiden en Amsterdam.

Literatuur: CLYDE, D. F., R. M. MILLER e.a. (1971) *Amer. J. Trop. Med. Hyg.* 20, 805. — Leading article (1976) *Brit. med. J.* II, 1215. — MARTIN, D. C. en J. D. ARNOLD (1968) *J. Amer. med. Ass.* 203, 476. — World Health Organization (1976) *Wkl. Epid. Rec.* 51, 181.

Amsterdam, juli 1978

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

VAN DER KAAJ en ZUIDEMA (1978) adviseren als malariaprofylaxe voor mensen die langer dan vier maanden in tropisch Afrika verblijven 300 à 400 mg chloroquine per week.

Van oktober 1974 tot maart 1975 werkte ik in Malawi; als malariaprofylacticum nam ik éénmaal per week 3 tabletten Nivaquine à 100 mg. In februari 1975 werd ik ziek met koorts en spierpijn. Het dikke-druppelpreparaat bevatte *P. falciparum*-ringen. Een chloroquinekuur bracht snel genezing.

300 mg chloroquine per week beschermdde mij dus niet tegen een aanval van malaria tropica.

Welke profylaxe moet dan voor mensen die langer dan vier maanden in Malawi verblijven, worden aanbevolen? Dagelijks 1 tablet Nivaquine à 100 mg kan na langdurig gebruik ernstige oogafwijkingen veroorzaken terwijl tegen proguanil en pyrimethamine in tropisch Afrika resistentie is aangetoond. Is in dit geval Fansidar als prophylacticum aan te bevelen?

Literatuur; KAAY, H. J. VAN DER en P. J. ZUIDEMA (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 274.

Phalombe (Malawi), juli 1978

Y. E. C. RATSMA

RATSMA gebruikte wekelijks 300 mg chloroquinebase en kreeg desondanks een aanval van malaria tropica. Een chloroquinekuur bracht snel herstel; de betreffende *P. falciparum*-stam was dus niet resistent tegen chloroquine.

De Wereldgezondheidsorganisatie adviseert voor gebieden met intense malaria-transmissie 2 x per week 300 mg chloroquinebase of dagelijks 100 mg. Ons advies aan RATSMA is dan ook de chloroquine-dosis te verhogen tot bv. 500 mg chloroquinebase per week. Oogafwijkingen door chloroquine zijn waargenomen bij enkele personen die gedurende ongeveer 10 jaar dagelijks 100 mg chloroquinebase gebruikten. De Wereldgezondheidsorganisatie meent dat het risico van een retinopathie begint wanneer meer dan 100 g chloroquine is gebruikt.

Verder is het zeer wel mogelijk dat in (dit deel van) Malawi geen resistentie tegen foliumzuurantagonisten bestaat.

Fansidar is niet aan te bevelen; dit is voorbehouden voor gebieden met chloroquine-resistente *P. falciparum*-infecties; bovendien moet men Fansidar, zoals reeds vermeld, liever niet langer dan 1 jaar gebruiken.

Amsterdam, juli 1978

H. J. VAN DER KAAY
P. J. ZUIDEMA

De beoefening van de geschiedenis der geneeskunde — vandaag

In het overigens voortreffelijke artikel van prof. dr. G. A. LINDEBOOM (1978) doet de vergelijking, die hij maakt tussen de geschiedenis van de geneeskunde en Zeeuws-Vlaanderen, toch wat merkwaardig aan. Natuurlijk gaat iedere vergelijking mank, maar hier wordt wel zeer ernstig getrendelenburgt. Zeeuws-Vlaanderen is helemaal geen afgelegen gebied, integendeel, en juist op historisch gebied valt te vermelden dat daar al een rijke, allerm minst autistische, cultuur bestond (en nog bestaat), in het bestek van een zeer groot geografisch geheel met vele goede verbindingen, toen de gebieden boven het destijds overigens nog veel minder brede water nog vrijwel woest holtland (= Holland) waren. Hoewel de strekking van LINDEBOOM's vergelijking mij wel aanspreekt, lijkt hier toch een — mogelijk minder bewuste — manifestatie aanwezig van de (wellicht uit collectief onbewuste schuldgevoelens of frustraties geboren) merkwaardige superioriteitshouding die bij vele Noordnederlanders ten opzichte van hun zuidelijke stambroeders helaas zo veelvuldig wordt aangetroffen.

Literatuur: LINDEBOOM, G. A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1064.

's-Heer Arendskerke, juli 1978

J. W. DE PUTTER

Aangezien ik schreef als medisch-historicus en in de door mij bezigde vergelijking de geschiedenis der geneeskunde in Zeeuws-Vlaanderen lokaliseerde, geloof ik niet dat het juist is mij een Noordnederlandse superioriteitshouding toe te schrijven. Zeeuws-Vlaanderen mag dan volgens collega DE PUTTER „helemaal geen afgelegen gebied” zijn, dit neemt niet weg dat vele landgenoten er nimmer een voet hebben gezet. Het zeker ook door hem toegejuichte streven naar een vaste oeververbinding voor de Westerschelde zegt ook wel iets.

Amsterdam, juli 1978

G. A. LINDEBOOM

Het artikel van prof. LINDEBOOM (1978) ontleent zijn belang niet in de laatste plaats aan het feit, dat het laat zien hoe levend de geschiedenis der geneeskunde is. Om de geneeskunde van vandaag goed te kunnen beoordelen is het historisch perspectief — „omzien in verwondering?” — onmisbaar. Daarom enkele opmerkingen.

1. LINDEBOOM stelt, dat „ongeacht wat Padua veel vroeger bood . . . plaatst deze Fransman de geboorte der kliniek . . . in de periode van de Franse revolutie in de laatste jaren van de 18e eeuw, . . .”. Deze uitspraak is niet geheel juist. In zijn *Naissance de la clinique* schrijft FOUCAULT op bl. 56 „En 1658, François de La Boe ouvre une école clinique à l'hôpital de Leyden: il en publie les observations sous le titre Collegium Nosocomium. Le plus illustre de ses successeurs sera Boerhaave; il se peut cependant ce qu'il y ait eu dès la fin du XVI^e siècle une chaire de clinique à Padoue. En tout cas, c'est de Leyden, avec Boerhaave et ses élèves, que partit, au XVIII^e siècle, le mouvement de création, à travers toute l'Europe, de chaires ou d'Instituts cliniques.” In het kort wordt verder de geschiedenis van de ontwikkeling van de klinische geneeskunde daarna gegeven.

2. De structurele bijdrage van FOUCAULT aan de geschiedenis van de geneeskunde blijft overigens niet beperkt tot het genoemde werk. Eerder reeds, in 1961, verschijnt *Folie et déraison; histoire de la folie à l'âge classique*. Deze studie, die nog niets van zijn actualiteit verloren heeft, analyseert dat andere stuk medische kliniek dat „psychiatrisch ziekenhuis (inrichting)” heet.

3. Niet eens ben ik het met LINDEBOOM als hij stelt dat het structuralisme, streng volgehouden, tot een anonieme geschiedbeschrijving zou leiden waarin de mens uit het verleden nauwelijks meer herkenbaar is. Integendeel zou ik haast zeggen. Slechts één citaat, uit *De geschiedenis van de waanzin*, om dit te adstrueren: „Het gesticht uit de positivistische tijd . . . is niet een vrij observatieterrein waar diagnoses worden gesteld, waar therapie wordt bedreven; het is een ruimte van gerechtelijke aard waarbinnen iemand beschuldigd, beoordeeld en veroordeeld wordt, en waaruit men zich alleen nog maar kan bevrijden door de omkering van dat proces ergens in de psychologische diepten — d.w.z.: door berouw.”

Het structuralisme ontmaskert echter wel de menselijke hoogmoed, die meent het eigen lot volledig in eigen hand te hebben. Het toont aan, dat wij, in onze eigen ontwikkeling, zelf structuren scheppen, die wij mogelijk niet eens willen. Maar die structuren bepalen dan wel de toekomstige samenleving. Of zoals FOUCAULT het zegt tegen zijn tegenstanders in *L'archéologie du savoir*: „Ils ont eu sans doute assez de mal à reconnaître que leur histoire, leur économie, leurs pratiques sociales, la langue qu'ils parlent, la mythologie de leurs ancêtres, les fables même qu'on leur racontait dans leur enfance, obéissent à des règles qui ne sont pas toutes données à leur conscience.”