

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.”

Literatuur: FOUCAULT, M. (1961) *Folie et déraison; histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, Parijs; (1969) *L'archéologie du savoir*. Gallimard, Parijs; (1972) *Naissance de la clinique*. Presse Universitaire de France, Parijs; (1975) *Geschiedenis van de waanzin*. Boom, Meppel. — LINDEBOOM, G. A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1064.

Arnhem, juli 1978

C. LEERING

1. Het citaat van FOUCAULT pleit er voor, dat ik mij inderdaad te sterk heb uitgedrukt. Dat het enkele onjuistheden bevat (in zoverre de kliniek te Leiden twintig jaar vóór DELE BOË SYLVIVS, in 1636/37, werd geopend en hij geen boek publiceerde onder de titel *Collegium nosocomium*), doet thans minder ter zake. FOUCAULT beschouwt echter de klinieken zoals te Leiden als voorlopers en noemt ze later „proto-clinique”. Hij betoogt daarna, dat de kliniek door het revolutionaire bewind voorgeschreven en ingevoerd werd bij de reorganisatie van de gezondheidszorg, en aldus een essentiële structuur werd. Zeker voor Frankrijk, dat in dit opzicht achterliep, bevindt zich hier een — verhelderend — element van waarheid in.

2. Van de verwijzing naar FOUCAULT's andere werk zullen de lezers gaarne kennis nemen. Ze paste minder in de beperkte opzet van mijn voordracht.

3. Mijn bewering, dat een streng volgehouden structuralisme tot een anonieme geschiedbeschrijving zal (of kan) leiden, wordt door LEERING afgewezen. De door hem overgelegde argumenten (citaten) voor die afwijzing komen mij toch niet als overtuigend voor.

Amsterdam, augustus 1978

G. A. LINDEBOOM

Verschillen in doodgeboorte tussen de maanden van het jaar

In het artikel van dr. D. HOOGENDOORN (1978) wordt aangetoond dat het aantal doodgeborenen per 1000 geboren in de maanden december tot en met maart een piek vertoont. Voor dit fenomeen kon geen goede verklaring worden gevonden. Beschouwing van de gegevens uit het artikel doet de vraag rijzen of misschien premature geboorte iets te maken heeft met deze seizoensvariaties. Het lijkt niet te gewaagd te veronderstellen dat er 2 tot 3 maanden voor een geboortenpiek een premature piek van jonge prematuren zal optreden. Juist de prematuren van 28 tot 32 weken graviditeit vormen een risicogroep.

Indien men de cijfers uit tabel 2 van het artikel beziet, dan valt op dat de piek in het aantal doodgeborenen inderdaad 2 à 3 maanden voorafgaat aan de geboortenpiek in april, mei en juni. Zet men deze cijfers in een grafiek (zie fig.) en verschuift men daarbij de tijdas 3 maanden, dan blijkt dat het verloop van beide curves veel overeenkomst vertoont.

Verder zijn de positieve correlaties die werden gevonden tussen het doodgeboortencijfer enerzijds en afwijkingen aan de placenta en liggingsafwijkingen anderzijds mogelijk deels ook in verband te brengen met premature bevalling.

Tenslotte zal het feit dat seizoensvariaties in het aantal doodgeborenen is opgetreden in dezelfde periode als de geboortenpiek (de jaren zeventig) wel bij bovenstaande veronderstelling kunnen passen. Slechts het ontbreken van een correlatie tussen het doodgeboortencijfer en de sterfte in de eerste levensweek is niet in overeenstemming met wat men zou verwachten indien prematuriteit een belangrijke factor in het geheel zou vormen.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 851.

Amsterdam, juli 1978

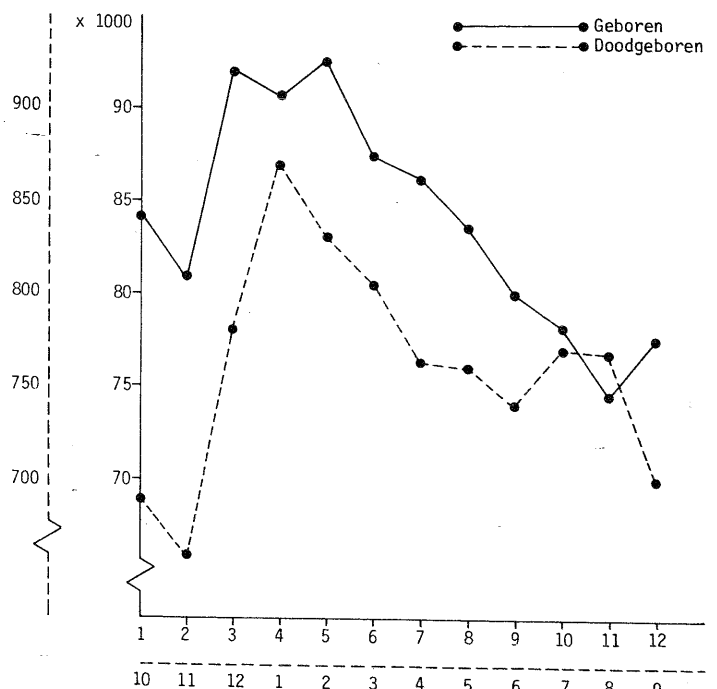
A. J. P. VEERMAN

De gedachtengang van collega VEERMAN en vooral zijn grafiek lijken op het eerste gezicht aantrekkelijk. Bij de beoordeling van zijn gewaardeerde suggestie neme men het volgende in overweging.

1. De seizoensmatige schommelingen in het geboortencijfer zijn niet van de laatste tijd. Uit een oude publikatie van het CBS (1939) valt af te leiden, dat in 1937 het aantal *geborenen* in mei 16,0% hoger was dan dat in oktober. In 1977 was het cijfer van juni 17,6% hoger dan dat van december (CBS 1978). Het verschijnsel van de tussen de maanden bestaande veel grotere verschillen in *doodgeboorte* wordt echter pas in 1971 duidelijk.

2. Hoewel het stellig niet de bedoeling van collega VEERMAN is geweest, suggereert zijn grafiek ten onrechte, dat de doodgeboorte gehéél voor rekening van prematuur geboren komt. Bovendien suggereert dezelfde figuur, dat de doodgeboorte van prematuur geboren gemiddeld 3 maanden vóór de verwachte datum plaatsvindt. Indien men uitgaat van een gemiddelde zwangerschapsduur van 40 weken, dan zal bij bevallingen, die 3 maanden (d.i. 13 weken) te vroeg optreden, de vrucht worden geboren na een graviditeit van 27 weken. Bij een zo vroegtijdige geboorte zal het kind in de regel geen tekenen van leven tonen en niet in de bevolkingsstatistiek worden opgenomen, aangezien de wettelijk vastgestelde ondergrens voor doodgeborenen bij 28 weken ligt.

3. Indien een aanzienlijk deel van de doodgeborenen prematuur ter wereld komt, en als we gemakshalve mogen aannemen, dat dit gebeurt na een zwangerschapsduur van ongeveer 7 maanden, dan zullen we, als de verklaring voor de seizoensschommelingen in de doodgeboorte bij de prematuur geboren moet worden gezocht, moeten verwacht-



Bewerking van tabel 2 uit het artikel van HOOGENDOORN. Op de horizontale as de maanden van het jaar, voor doodgeborenen 3 maanden naar links verschoven t.o.v. de geboren. Op de verticale as respectievelijk het aantal doodgeborenen en het aantal geboren (periode 1971 tot 1975).