

in de slaapkliniek een bij uitstek klinisch-neurofysiologische onderzoeksmethode, de polysomnografie, wordt toegepast.

Ik heb een korte schets willen geven van de klinische slaapresearch en de organisatie en werkwijze van slaapklinieken in de V.S. Het is duidelijk dat ons land een achter-

stand heeft bij de diagnostiek en behandeling van slaapstoornissen. Moge de hier gegeven informatie de belangstelling voor dit nieuwe en boeiende gebied van de gezondheidszorg doen toenemen.

Juli 1978

INGEZONDEN

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

Cardiomyopathie als ernstige, reversibele bijwerking van doxorubicine

In hun mededeling over een patiënt met een decompensatio cordis, toegeschreven aan behandeling met doxorubicine, vermelden GERRETSEN e.a. (1978) enkele methoden voor het vroegtijdig stellen van de diagnose.

Wij zouden daaraan één methode willen toevoegen: de bepaling van de ejectionfracie met behulp van een scintigrafische techniek. Daarbij wordt gedurende de hart-cyclus de volumeverandering in de linker ventrikel uitwendig geregistreerd. Voor markering van de hartholten gebruikt men een radioactieve verbinding die enige tijd intravasaal blijft (albumine of erythrocyten, gebonden aan ^{99m}Tc). Met behulp van trigger-apparatuur wordt het R-R-interval van het EEG verdeeld in perioden van bijvoorbeeld 40 msec. Na summatie van een aantal cycli kan men uit de volume/activiteit-curve de ejectionfracie bepalen (GREEN e.a. 1975; ASHBURN 1978).

Deze methodiek geeft bij longitudinaal onderzoek in een vroeg stadium informatie over de vermindering van de contractiliteit van het myocard.

Literatuur: ASHBURN, W. L., H. R. SCHELBERT en J. W. VERBA (1978) *Progr. cardiovasc. Dis.* 20, 267. — GERRETSEN, M., P. W. WESTERHOF en H. M. PINEDO (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1096 — GREEN, M. G., H. G. OSTROW en M. A. DOUGLAS (1975) *J. necl. Med.* 16, 95.

Groningen, augustus 1978

F. VAN DEN BERG

De beoefening van de geschiedenis der geneeskunde – vandaag

Het artikel van prof. dr. G. A. LINDEBOOM (1978) gaf mij aanleiding tot de volgende vragen en opmerkingen:

1. Over het doel van beoefening van en onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde zegt schrijver, dat dat ligt in relativering van de „absoluutheid, waarmee het heden opvattingen en theorieën (...) verkondigt”. Zo'n doel zal velen niet als vanzelfsprekend nuttig voorkomen. Waarom is een bereidheid tot relativeren nastrevenswaardig? Omdat onze „waarheden” later onwaarheden kunnen blijken? Omdat men door zijn eigen uitspraken te kunnen relativeren meer open kan staan voor de vaak vruchtbare kritiek van binnen en buiten de professie? Of omdat zelfingenomenheid „gewoon” slecht is? Of zou zelfs de moderne geneeskunde nog direct kunnen leren van de problemen en gemaakte fouten in haar verleden?

2. De opvatting die LINDEBOOM in de voorlaatste alinea van zijn artikel presenteert als de zijne, geeft de indruk dat

hij datgene aan zich voorbij heeft laten gaan, wat misschien wel de belangrijkste ontdekking van de hedendaagse wetenschapsfilosofie is, nl. dat het onmogelijk is om zo maar feiten en gegevens uit de geschiedenis weer te geven, omdat iedere wetenschap, dus ook die van de geschiedenis, gegevens moet selecteren, het ene gegeven als belangrijk moet beschouwen en het andere als onbelangrijk; dit betekent, dat (geschied)wetenschap altijd, bewust of onbewust, gebruik maakt van een selectiecriteria en dus altijd beoefend wordt vanuit een bepaalde achtergrond en overtuiging (zie voor dit probleem KONINGSVELD (1976) en HARMSSEN (1968)). De door LINDEBOOM gepresenteerde stromingen in de geschiedenisfilosofie zijn stuk voor stuk pogingen om het probleem op te lossen, welke gegevens van belang zijn voor het begrijpen van het verloop van de geschiedenis, d.w.z. hoe belangrijke en onbelangrijke gegevens geschift moeten worden. Al deze stromingen zijn dus bezig met een probleem, dat LINDEBOOM niet als zodanig ziet: wat is belangrijk in de geschiedenis en wat niet? Ofwel LINDEBOOM beschouwt alle historische gegevens als even belangrijk en het verzamelen en weergeven waard (een opvatting die, gezien de oneindigheid van de aantallen gegevens onhoudbaar is), ofwel hij selecteert onbewust en dus op onwetenschappelijke wijze.

3. De behandeling van het historische materialisme in LINDEBOOM's artikel voldoet geenszins. LINDEBOOM geeft een opvatting van het historische materialisme weer, die tegenwoordig in het algemeen als „vulgaire marxisme” betiteld wordt en die door tientallen jaren van ontwikkeling binnen het historische materialisme, ontwikkeling waarbij figuren als ALTHUSSER en GRAMSCI een belangrijke rol spelen, inderdaad „verouderd” is geraakt. Dit geldt echter absoluut niet voor het historische materialisme als geheel. Voor een goed voorbeeld van historisch-materialistische geschiedschrijving leze men *De lage landen bij de zee* van J. en A. ROMEIN.

4. Het is onduidelijk, waarom LINDEBOOM zo veel aandacht besteedt aan een stenciltekst van een groep studenten over maatschappij-kritische functies van de geschiedschrijving. Dit heeft hoegenaamd niets te maken met de tendens om meer belang te hechten aan gegevens over sociale omstandigheden in verband met gezondheid en ziekte. Wat uitgebreidere aandacht voor het pionierswerk van SHRYOCK op dit gebied leek op zijn plaats.

5. LINDEBOOM wekt de indruk dat het structuralisme in Frankrijk in het voetspoor van het werk van KUHN zou zijn ontstaan; dit is onjuist. Het structuralisme wordt geacht omstreeks 1950 in Frankrijk te zijn begonnen met het werk van LÉVI-STRAUSS in de culturele antropologie. Het is bovendien op z'n minst gewaagd, KUHN te behandelen als een structuralist.

Literatuur: HARMSSEN, G. (1968) *Inleiding tot de geschiedenis*. Baarn. — KONINGSVELD, H. (1976) *Het verschijnsel*