

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 ejectionfracctie 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 ejectionfracctie 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*

Groningen, augustus 1978

D. L. WILLEMS

De opmerkingen van de heer WILLEMS tonen een sterke en oprechte belangstelling voor de geschiedenis der geneeskunde als wetenschap, welke beloften voor de toekomst kan inhouden. Ik volg in mijn zo kort mogelijk gevat antwoord zijn punten.

1. Over het doel der beoefening van de geschiedenis der geneeskunde heb ik in de laatste alinea van mijn stuk in bredere zin geschreven dan hier wordt voorgesteld. Zeker zou de moderne geneeskunde nog direct kunnen leren van de problemen en gemaakte fouten in haar verleden; helaas leert de geschiedenis dat iets dergelijks maar zelden het geval is.

2. Inderdaad moet iedere wetenschap, ook die van de *historia medicinae*, selecteren uit een veelheid van feiten en gegevens. Wanneer dit werkelijk de belangrijkste ontdekking van de hedendaagse wetenschapsfilosofie zou zijn, staat die nog in haar kinderschoenen. Elke wetenschappelijk werkende historicus is er zich van bewust voortdurend schiftend bezig te zijn, onderscheidend tussen relevante en irrelevante gegevens en feiten (die dan wel eerst goed geboekstaafd voorhanden moeten zijn). Hij heeft er bepaaldelijk geen behoefte aan daaraan herinnerd te worden door filosofen, die de spade van de betrokken wetenschap niet hebben gehanteerd onder de hitte van de zon en de koude

van de nacht. Wetenschapstheoretici en -filosofen dienen eerst het eelt in hun handen te hebben van het graven en ploegen en spitten en wieden in een weerbarstige grond, alvorens ze kunnen verwachten, dat hun stellige — kritische en krasse — uitspraken door de actief werkzame beoefenaars der wetenschap zo ernstig worden genomen, dat ze worden aanvaard, commentariseerd of afgewezen.

De uitspraak van de heer WILLEMS, „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” heeft haar waarde minder als een hoffelijke belering of nauwelijks verholen diskwalificatie dan als een typisch voorbeeld van een bepaalde wijze van redeneren, in zoverre ze tracht, door het stellen van een vals dilemma, er een schijn van logische evidentie voor te wekken, dat ik medisch-historisch, hoe dan ook, onwetenschappelijk werkzaam zou zijn. Een verdere discussie kan dan ook mijnerzijds niet meer zinvol geacht worden, zodat ik van een reactie op de punten 3 en 4 (waarin hij o.a. mijn bewuste selectie bekritiseert) afzie.

Met belangstelling zie ik overigens uit naar substantiële bijdragen tot de geschiedenis der geneeskunde, die geboren zijn uit de geest van het denken en de instelling van de heer WILLEMS.

Tenslotte geldt ook in de wetenschap het oude adagium: „*primum vivere, deinde philosophari*”.

Amsterdam, oktober 1978

G. A. LINDEBOOM

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Saccharine en cyclamaten niet kankerverwekkend? — In 1970 werden cyclamaten en in 1972 saccharine in de Verenigde Staten van de lijst van veilig te gebruiken voedingsmiddelen afgevoerd. Bij proeven op dieren was gebleken dat grote doses van deze stoffen een carcinogene werking hadden. Bij de daarna ingestelde onderzoeken bij de mens kon er door correlatie-analysen geen veranderingen worden gevonden in de sterfte door kanker, in het bijzonder van blaaskanker, ten gevolge van dit zoetstofgebruik; evenmin bij diabetici, van wie verondersteld kan worden dat zij extra veel kunstmatige zoetstoffen gebruiken. Aan gezien correlaties slechts aanwijzingen kunnen geven omtrent oorzakelijke verbanden hebben I. I. KESSLER en J. P. CLARK van de John Hopkins University in Baltimore (*J. Amer. med. Ass.* (1978) 240, 349) het zoetstofgebruik onderzocht van 519 patiënten die aan blaaskanker leden. In persoonlijke interviews hebben zij nagegaan welke zoetstoffen, als tablet of in drank of dieet, in welke hoeveelheid en gedurende welke periode door deze patiënten waren gebruikt. Zij vergeleken dit met de op dezelfde wijze verkregen gegevens van een controlegroep, die uit patiënten bestond die niet aan kanker leden. Van beide groepen werden ook de rookgewoonten en het beroep genoteerd. Bij een uitvoerige analyse van de verkregen gegevens konden er geen aanwijzingen worden gevonden voor een invloed van het gebruik van zoetstoffen op het ontstaan van blaaskanker.

De schrijvers wijzen erop dat de cyclamaten pas een tiental jaren worden gebruikt zodat geen uitspraak kan worden gedaan over het effect van het gebruik daarvan over een langer tijdsbestek.

Gratis „second opinion” door chirurgen. — In de provincie Cumberland van de staat Maine wordt op voorstel van de voorzitter van de artsenvereniging een proef van 6 maanden genomen met een gratis „second opinion”-plan voor chirurgische ingrepen. De 83 leden van de vereniging hebben zich bereid verklaard hieraan deel te nemen. Indien een patiënt de wens te kennen geeft zal hij gratis een tweede chirurg, naar zijn keuze, kunnen consulteren. Alle gegevens van de patiënt zullen daarvoor beschikbaar zijn. De mening van de tweede chirurg zal aan de eerste arts worden meegedeeld en op verzoek ook aan de patiënt. Een eventuele operatie kan door een van beide chirurgen worden uitgevoerd. Men gelooft dat de uitvoering van het plan niet veel extra tijd zal kosten. Bij experimenten in New York en New Jersey, die in een betaalde consultatie voorzagen, bleek dat slechts in 4% van de gevallen om een tweede mening werd verzocht. Men acht het systeem ook van belang als een poging tot kostenbesparing. Men vindt het gewenst om een tweede consultatie in eigen kring te kunnen verwezenlijken. Dit zou ertoe kunnen bijdragen om een eventuele automatische controle op chirurgische verrichtingen van de zijde van financierende instanties te voorkomen. De Minister van Volksgezondheid zal het door hem toegejuichte initiatief met de American medical Association bespreken om na te gaan of het voor algemene