

haalde literatuur doet aan deze gegevens niets af. In de artikelen van CRONBERG (1978) en PETERSON e.a. (1978); worden met name geen vergelijkende proeven beschreven over spiegelvorming bij intermitterende of continue infusen. Uit de artikelen van SHANSON e.a. (1978) en van WILSON e.a. (1979) valt af te leiden dat streptokokken makkelijk door een van de penicillines kunnen worden gedood mits het middel voldoende hoog wordt gedoseerd. Ik blijf derhalve van mening dat intermitterende toediening van penicilline een goede en verantwoorde therapie is bij de behandeling van endocarditis door gevoelige streptokokken. Een ieder die ervaring heeft met de behandeling van endocarditis door matig gevoelige streptokokken, enterokokken of stafylokokken weet dat zich daarbij nogal eens tegenslagen en complicaties kunnen voordoen. Zelfverzekerdheid lijkt voor de therapeut in deze gevallen niet de juiste instelling. Na uitvoerig laboratoriumonderzoek wordt een behandeling ingesteld met hoge tot zeer hoge doseringen van een of meer antibiotica. Het is niet inconsequent om een deel, bijv. 25%, van de dagdosis te gebruiken om met behulp van 3 kort lopende infusen het bovengenoemde principe in deze gevallen eveneens toe te passen.

3. Behandeling van endocarditis door enterokokken geschiedt met een combinatie van penicilline of amoxicilline en een van de aminoglycosiden. Door middel van laboratoriumonderzoek kan men nagaan of „haalbare” spiegels van penicilline en streptomycine in vitro bactericide zijn ten opzichte van de verwekker. Doet men geen laboratoriumonderzoek, dan is men verplicht de combinatie van penicilline en gentamicine te geven. BORGHANS en VOLLAARD gaan een stap verder en adviseren in alle gevallen penicilline en gentamicine of tobramycine te gebruiken. Zonder dit expliciet te formuleren stellen zij dus eigenlijk dat gentamicine een beter geneesmiddel is dan streptomycine. Deze opvatting wordt door geen van de door hen aangehaalde auteurs (behalve HEWITT) uitgesproken of gesteund. Behandeling van endocarditis door enterokokken met een combinatie van penicilline en streptomycine is dus mijns inziens geen kunstfout, mits eerdergenoemde bactericidie van de combinatie in vitro is vastgesteld.

Het is overigens te verwachten dat de hier ingenomen standpunten snel aan betekenis zullen inboeten. Immers, vier- tot zesweekse kuren met een van de genoemde aminoglycosiden geven niet zelden aanleiding tot schadelijke bijwerkingen. Mededelingen omtrent verminderde ototoxiciteit van netilmicine, een semisyntetisch derivaat van sisomycine, verdienen daarom in dit verband de aandacht. Ik heb tot nu toe kunnen vaststellen dat 2 patiënten die met succes wegens endocarditis door respectievelijk *Haemophilus influenzae* en enterokokken gedurende 6 weken werden behandeld met 12 g amoxicilline en 240 mg netilmicine per dag, deze kuren zonder bijwerkingen hebben doorstaan.

4. Het is juist dat langdurige toediening van oraal penicilline aanleiding kan geven tot een verminderde gevoeligheid van de streptokokkenflora in de keel. Het is de inzenders ongetwijfeld ook bekend dat men deze vorm van resistentie-ontwikkeling kan voorkomen door toepassing van een maandelijks intramusculaire injectie van benzathinepenicilline.

Dat de behandeling met een combinatie van penicilline en streptomycine in het door PARRILLO e.a. (1979) genoemde geval gevolgd werd door een recidief kon worden voorspeld. Immers, men kan niet verwachten dat een stam die gevoelig is voor 4E penicilline per ml met slechts 8 miljoen E per dag kan worden uitgerooid. Door schade-wijs geworden werd de dagdosis van penicilline bij de tweede kuur

dan ook verhoogd tot 36 miljoen E. Dit zal ongetwijfeld mede bijgedragen hebben tot het gunstige effect van gentamicine.

Rotterdam, april 1979

M. F. MICHEL

Nogmaals de kale inktzwam, *Coprinus atramentarius* en alcohol

Het vorige jaar schreef ik over dit onderwerp (WILDERVANCK 1978) dat men in Zweden de veroorzaker van de intoxicatieverschijnselen had gevonden. Deze stof werd coprine genoemd. Men was toen vol goede moed om deze stof te gaan gebruiken als vervanger van disulfiram (Refusal Antabuse). Van de leider der Zweedse farmacologen-groep, LINDBERG (1977), kreeg ik zijn dissertatie van de Universiteit van Lund over coprine toegestuurd en tevens een overdruk van een artikel van TOTTMAR en LINDBERG (1977), waaruit blijkt dat niet coprine maar 1-aminocyclopropanol het werkzame bestanddeel is. Maar, en nu komt het erge, LINDBERG, die thans verbonden is aan het Farmacologische Instituut van de Universiteit van Göteborg, schreef me in een begeleidende brief: „Very much work was done on the pharmacology of coprine and its analogues. Unfortunately, however, the project had to be put down at the end of 1977. After having passed many of the routine animal tests they found serious morphological changes on the spermatozoones on male rats and dogs after chronic treatment. It also totally inhibited the production of sperma. It seemed to be the same effect for both coprine and its analogues.”

Ik vraag mij nu ook af of het voor mannen niet verstandiger is de kale (gladde) inktzwam te laten staan, of althans er geen alcohol bij te drinken. En de geschubde inktzwam, *Coprinus comatus*, is ongevaarlijk en veel lekkerder!

Literatuur: LINDBERG, P. (1977) *Coprine, a cyclopropane-related disulphiram — like constituent of Coprinus atramentarius*. Proefschrift Lund. — TOTTMAR, O. en P. LINDBERG (1977) *Acta pharmac. toxicol.* 40, 476. — WILDERVANCK, L. S. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 913.

Groningen, april 1979

L. S. WILDERVANCK

Het syndroom van de onbehandelbare pijn

Wie regelmatig beroepshalve geconfronteerd wordt met hardnekkige pijn zal zeker met aandacht het artikel van GROEN (1979) gelezen en herlezen hebben. Schrijver dezes ontmoet als medisch-juridische raadsman hardnekkige pijnlijders, die hun klachten wijten aan een overkomen ongeval of aan een ondergane operatieve behandeling. Met het aansprakelijkheidsprobleem staat dan het oorzakelijke verband centraal. Het is dan de taak van de raadsman niet alleen medisch, maar met name medisch-juridisch het causale verband te beoordelen. Dat is de reden, waarom hij zich geroepen voelt de aandacht van GROEN en de lezers van het artikel te attenderen op het volgende:

1. GROEN vertaalde „intractable” ten onrechte door „onbehandelbaar”, terwijl de juiste vertaling is „onhandelbaar” of „hardnekkig”. Zo luidt ten minste de vertaling in mijn Engels-Nederlandse woordenboek van Ten Brug-gencate.

2. Het medische causaliteitsbegrip, dat vaak door te

spreken van „adequate veroorzaking” wordt verwoord (rechtstreeks gevolg) is enger dan de veel ruimere juridische causaliteitscriteria van de redelijkerwijze voorzienbaarheid en de verhoogde objectieve mogelijkheid.

Het is in deze rubriek niet de plaats om te dien aanzien in bijzonderheden te treden, zodat thans volstaan wordt met verwijzing naar de desbetreffende jurisprudentie en literatuur (Hoge Raad 1972, 1975; VAN EIKEMA HOMMES 1978).

Literatuur: EIKEMA HOMMES, H. J. VAN (1978) Het causaliteitscriterium der redelijkerwijze voorzienbaarheid. *Ned. Juristen Blad*, 8 april. — GROEN, J. J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 374. — Hoge Raad (1972) Neurose-arrest. *Ned. Juristen Blad*, 360; (1975) Hartinfarct-arrest. *Ned. Juristen Blad*, 509.

Tilburg, maart 1979

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

In zijn artikel geeft prof. GROEN (1979) ons een fraaie beschrijving van één van de psychische mechanismen, die een pijnsyndroom in stand kan houden of mogelijk zelfs kan doen ontstaan. Een ieder, die veelvuldig met pijnpatiënten in aanraking komt, kent dit type patiënt. Bij velen zal dit artikel bijdragen tot een bewustwording van de achtergronden. Prof. GROEN zet zich in het artikel duidelijk af tegen actief „doende” specialisten, die te dikwijls en dan nog wel op dubieuze indicatie zouden ingrijpen. Deze mening nu vind ik ongenueanceerd en ik wil daarop graag een weerwoord laten horen.

Hoe fraai de beschrijving van het syndroom „melancholia hyperpathica” ook is, het blijft casuïstiek en aan casuïstiek mag men geen grondregels ontleen over ontstaan en behandeling van een pijnsyndroom in het algemeen. Mijn ervaring met pijnpatiënten is zeer groot en het zou mij weinig moeite kosten er een grote hoeveelheid andere casuïstiek tegenover te stellen; casuïstiek die erop wijst dat bij een groot aantal patiënten met „symptom-sign dissociation” blijvende genezing mogelijk is met een strikt somatische behandeling, zonder enig element van suggestie, placebo-effect of frequent arts-patiëntcontact. Ik verbind hier echter geenszins de conclusie aan dat alle pijn somatisch is.

Ik ben het geheel met schrijver eens, dat er vooral onderzoek nodig is, en wel uitgaande van een complete mensbeschouwing. Zo'n complete mensbeschouwing omvat somatische aspecten net zo goed als psychische. Krijgen wij inderdaad de rekening gepresenteerd van een technologisch ingestelde geneeskunde? Daar valt over te twisten maar laten we er in ieder geval voor zorgen dat we over tien jaar niet weer een rekening krijgen, en wel die voor het kritiekloos doorslaan naar een psychogene beschouwing van ieder pijnsyndroom. Ook die rekening wordt trouwens nu al regelmatig gepresenteerd. Laten we daarom de handen ineenslaan en elkaar niet de zwartepiet toespelen. Daarvoor weten we te weinig van pijn af. Is het niet juist onze arrogantie geweest, die de deur wijd heeft opengezet voor alternatieve methoden?

Literatuur: GROEN, J. J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 374.

Amsterdam, maart 1979

M. E. SLUIJTER

Het was mij bekend dat de „formele” vertaling van wat de Engelse literatuur noemt „intractable pain” onhandelbare pijn zou zijn, zoals collega SCHUURMAN STEKHOVEN

opmerkt. Ik heb echter bewust als vertaling aan het woord onbehandelbaar de voorkeur gegeven. Het Nederlandse onhandelbaar heeft een wat onaangename betekenis bijv. wanneer men spreekt van een onhandelbaar schip of paard, of een onhandelbare jongen. Daarmee wordt dan bedoeld dat het schip, het paard of zelfs de jongen zich niet laten hanteren of besturen, zich eigenzinnig verzetten tegen bevelen en dwang (VAN DALE). Zulk een woord met een dergelijke bijbetekenis hoort m.i. niet thuis in de medische terminologie over een patiënt. Ik heb integendeel gezocht naar een woord dat de oorzaak van de onbevredigende behandeling niet eenzijdig toeschrijft aan de patiënt doch aan het feit dat het de geneeskunde niet gelukt is een betere vorm van samenwerking met zulke patiënten te vinden. Ik acht mij te meer gerechtigd om de vertaling onbehandelbaar te gebruiken omdat het Engelse woord „to treat” afgeleid is van het Latijnse tractare, waarvan ook intractable afstamt. In het medisch Nederlands wordt daarvoor behandelen gebruikt. Ik hoop dat deze toelichting collega SCHUURMAN STEKHOVEN ertoe brengen zal eveneens van onbehandelbaar te spreken wanneer het om een ziekte of patiënten gaat.

Wat betreft zijn deels filosofische, deels juridische opmerking acht ik mij minder bevoegd dan hij om mij over deze aspecten van de veroorzaking van het syndroom uit te spreken.

Het verheugde mij uiteraard dat collega SLUIJTER in mijn beschrijving van de patiënten een bepaald type uit zijn eigen ervaring herkende. Toch komt het mij voor dat hij de bedoeling van mijn stuk slechts gedeeltelijk heeft begrepen. Ik heb getracht op grond van een casuïstiek die geleverd werd door de biografische anamnesen van 12 patiënten een hypothese aan te bieden over de ontstaanswijze van het syndroom: onbehandelbare pijn. Op grond van deze hypothese heb ik de benaming „melancholia hyperaesthetica” voorgesteld. Het is de bedoeling van zulk een hypothese dat zij door anderen getoetst wordt. In tegenstelling tot collega SLUIJTER ben ik nl. van mening dat aan de casuïstiek ontleende systematische waarnemingen zeer belangrijk zijn voor het opstellen van medische hypothesen. Pas door het scherp formuleren van de hypothesen kunnen zij voor toetsing, bij voorkeur door gebruikmaking van andere methoden, geschikt worden gemaakt. Wanneer collega SLUIJTER schrijft dat hij een grote ervaring met pijnpatiënten heeft zou ik, gezien de onvolledige stand van onze kennis van het syndroom, er dus bij hem op willen aandringen deze grote ervaring kritisch te beschrijven. Wanneer hij verder inderdaad zijn bewering kan steunen dat bij een groot aantal patiënten blijvende genezing mogelijk is door „strikt somatische behandeling zonder enig element van suggestie, placebo-effect of frequent arts-patiëntcontact”, dan zou dit een belangrijke bijdrage aan de exacte kennis van het syndroom kunnen zijn. Het zou ook een zeer interessante bijdrage zijn aan de psychosomatische aspecten van onze medische therapie in het algemeen. Bij de meeste onderzoeken die ik daarover ken (en zeker bij mijn eigen praktische behandeling van patiënten) speelt nl. het placebo-effect bijna altijd mede een rol. Soms is dit effect verantwoordelijk voor bijna 100% van het succes, soms voor niet meer dan 5 of 10%, maar het is er bijna altijd. De moeilijkheid is alleen dat juist bij deze patiënten de placebo-effecten meestal tijdelijk zijn of dat de patiënten ze afhankelijk stellen van niet ongevaarlijke ingrepen of van behandelingen die de arts soms moeilijk met zijn geweten in overeenstemming kan brengen. Het valt mij persoonlijk bijv. moeilijk zg. elektro-stimulatie toe te passen wanneer ik geen enkele empirische aanwijzing ken dat