

spreken van „adequate veroorzaking” wordt verwoord (rechtstreeks gevolg) is enger dan de veel wijdere 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

de poorttheorie waarop zij gebaseerd, opgaat. Ook moet ik bekennen dat ik, zolang ik de z.g. acupunctuur-meridianen niet anders kan beschouwen dan als een onbewezen oosterse mythologie, moeite heb om op deze plaatsen naalden in de huid te steken en daaraan een zwakke elektrische stroom te verbinden. Maar het is best mogelijk dat collegae die in dit opzicht wat minder strikte eisen stellen aan een therapie daardoor bij deze patiënten betere resultaten behalen dan ik. Daarom zou het des te meer waardevol zijn indien collegae zoals SLUITER hun ervaringen zo nauwkeurig mogelijk zouden bewerken en publiceren.

„Kritiekloos doorslaan naar een psychogene beschou-

wing van ieder syndroom” lijkt mij even onjuist als kritiekloos doorslaan over welk ander onderwerp dan ook. Ik heb getracht zo eerlijk mogelijk mijn waarnemingen te beschrijven en daaruit een toetsbare hypothese af te leiden. In mijn gesprekken met en onderzoek van de patiënten heb ik getracht evenveel aandacht te geven aan sociopsychogene als aan somatisch-biologische factoren. Iedere waarschuwing tegen eenzijdig, kritiekloos doorslaan in welke richting dan ook onderschrijf ik, doch ik kan niet inzien dat juist mijn stuk voor zulk een waarschuwing aanleiding hoefde te zijn.

Epe, april 1979

J. J. GROEN

## BERICHTEN

### Buitenland

#### DUITSLAND

*Immunoprofylaxe van hepatitis A en B voor rekening van het ziekenfonds.* — Volgens de nieuwe richtlijnen kan immunoglobuline voor de profylaxe van hepatitis A en B voor bepaalde indicaties voor rekening van het ziekenfonds worden verstrekt.

— Het geldt voor alle huisgenoten van een hepatitis A-patiënt, tot de 10e dag na de besmetting.

— Voor personen die op grond van de duur en de aard van hun verblijf (kinderinrichtingen, ziekenhuizen e.d.) een meer dan gewone kans hebben met hepatitis A te worden besmet, wordt aangeraden de antistoffen in het bloed te bepalen. Indien dan bescherming nodig blijkt, behoeven alleen de negatieve personen te worden ingespoten. Ook reizigers naar Zuid-europese en tropische landen kunnen immunoglobuline krijgen maar ook pas na antistofbepaling. Dit heeft ook nog het voordeel dat alleen degenen met een negatieve uitslag bij langer verblijf in die streken voortgezette immunoprofylaxe (na 6-12 weken) behoeven.

— Met HBsAg besmette personen moeten binnen 6-12 uur met immunoglobuline worden ingespoten nadat eerst bloed is afgenomen voor onderzoek op HBsAg en anti-HBs. Indien de tijd dat toelaat moet de uitslag van dit onderzoek worden afgewacht.

— Voor de dialyse-centra wordt alleen immunoprofylaxe nodig geacht indien er een ophoping van nieuwe gevallen optreedt. Zo nodig dient dan de profylaxe na 3-4 maanden te worden herhaald.

— De profylaxe na seksueel contact met een hepatitis B-patiënt is meestal te laat omdat de patiënt besmettelijk is lang voor de klinische symptomen duidelijk zijn.

— Voor pasgeborenen wordt de profylaxe toegestaan indien de moeder in de laatste 3 maanden van de zwangerschap hepatitis B heeft of indien zij HBsAg-draagster is. De laatste indicatie geldt vooral als zij ook HBeAg-positief is.

— Voor de profylaxe van de hepatitis non-A en non-B worden geen aanbevelingen gegeven bij gebrek aan voldoende kennis. (*Dtsch. Ärztebl.* (1979) 76, 999.)

#### FRANKRIJK

*Malaria tropica door besmetting vanuit een gametocyten-dragers in een niet-endemisch gebied.* — Eerder werd in dit tijdschrift (1978) 122, 379) bericht over besmetting met *Plasmodium falciparum* door met vliegtuigen meegevoer-

de, besmette malariamuggen. Een van de patiënten werkte op de luchthaven Charles de Gaulle (Roissy) en de anderen woonden er dichtbij. D. CHAVANNE e.a. beschrijven een patiënte met malaria tropica die nooit in de tropen was geweest en ten zuiden van de Loire in de Sologne, ver van een internationale luchthaven, woonde. De schrijvers menen dat de besmetting overgebracht moet zijn door in de streek voorkomende Anopheles van uit een gametocyten-dragers, die zij vermoeden onder de vele toeristen die de Sologne bezoeken. (*Nouv. Presse méd.* (1979) 8, 1352.)

#### VERENIGD KONINKRIJK

*Explosie van Campylobacter-infecties door onvoldoende gepasteuriseerde melk.* — In dit tijdschrift (1979) 123, 137) werd een besmetting met een Campylobacter van 29 personen gemeld die was ontstaan door het drinken van rauwe melk van de boerderij. Uit dezelfde bron (Public Health Laboratory Service, CDR 79/13 van 6-4-'79) komt de mededeling van door Campylobacter veroorzaakte enteritis bij meer dan 2000 schoolkinderen. Zij hadden allen melk gedronken die afkomstig was van één melkbedrijf. Men vermoedt dat de pasteurisatie van de melk onvoldoende is geweest. Een nieuwe duidelijke waarschuwing tegen het drinken van ongekoekte melk. (Boerderij-kampeerder!)

A. L. NOORDAM

### Binnenland

*Rubella.* — Ook in de derde periode van 4 weken in 1979 is het aantal gevallen van rodehond toegenomen; er waren 342 meldingen tegen 182 in de vorige periode. Hiervan waren 301 afkomstig uit de steden Amsterdam (141), Rotterdam (87) en Maastricht (73). (Gegevens van de Geneeskundige Hoofdinспекtie.)

*Revalidatie.* — De Vereniging van revalidatie-inrichtingen in Nederland heeft het verslag van de vergadering die op 6 december jl. werd gehouden over „revalidatie en video”, uitgegeven als een brochure van 11 pagina's. De praktische gegevens berusten op ervaringen die zijn opgedaan in het kinderrevalidatiecentrum Adriaan Stichting te Rotterdam en in het Allgemeines Krankenhaus te Hamburg. Het boekje kan besteld worden bij het secretariaat van de vereniging: Oudlaan 4 te Utrecht; tel. 030-739911.