

aanwijzingen dat men zijn anti-malariatabletten moet innemen; deze tabletten zijn zelfs verkrijgbaar bij deze in-
gangen. Opvallend feit was dat ik tijdens mijn verblijf in dit
wildpark nogal wat toeristen sprak, die in verband met hun
„korte verblijf” aldaar het vaak niet nodig vonden om deze
malaria-profylaxe toe te passen. Misschien behoort de be-
sproken patiënte tot deze groep parkbezoekers.

In ieder geval mag de Zuid-Afrikanen niet verweten
worden onvoldoende aandacht te schenken aan de malaria-
profylaxe in en rond het Krugerpark.

Literatuur: BOER, R. O. en F. VAN SOEREN (1979a) *Ned. T. Geneesk. 123*, 1658; (1979b) *Ned. T. Geneesk. 123*, 2073.
– BIJKERK, H. (1979) *Ned. T. Geneesk. 123*, 2073.

Rotterdam, december 1979

R. MOL

Dodelijk verlopende gegeneraliseerde reactie bij fenylbutazongebruik

Met verbazing ontdekten wij dat in de beschouwing van
het artikel van REUVERS (1979) op geen enkele wijze aan-
dacht werd besteed aan de naar onze inzichten te hoge
onderhoudsdosering van 3 maal daags 200 mg fenylbuta-
zon. Op basis van de gegevens uit de bijsluiters en die uit het
Informatorium Medicamentorum van de KNMP verstrekken
wij de voorschrijvende artsen desgevraagd (en ook wel on-
gevraagd) de volgende doseringsrichtlijn voor het gebruik
van dit middel: eerste week: 2 tot 3 maal daags 200 mg;
daarna eenmaal daags 100 tot 200 mg.

Literatuur: REUVERS, C. B. (1979) *Ned. T. Geneesk. 123*,
1440.

Haaksbergen, oktober 1979

J. J. M. VAN HAGEN
R. G. REMMELTS

Gaarne dank ik de apothekers VAN HAGEN en REMMELTS
voor hun waardevolle opmerking. De onderhoudsdosering
was zeker, mede gelet op de leeftijd van patiënte, te hoog.
Bij juiste dosering was haar wellicht een gegeneraliseerde
reactie bespaard gebleven.

Overigens blijf ik van mening dat aan patiënte beter geen
fenylbutazon voorgeschreven had kunnen worden.

Rotterdam, november 1979

C. B. REUVERS

Revalidatie of fysiotherapie

In zijn klinische les waarin collega BANGMA (1979) ingaat
op het belang van revaliderende therapie, spreekt hij over
patiënt A als „een gezonde man”; ook patiënt B was „vol-
komen gezond”. Toch bestond er bij A een „acute pijnlijke
aandoening van de schouder” en B had de grootste moeite
met zijn handicap „op een voor hem optimale plaats in de
maatschappij” terecht te komen. Mijns inziens waren A én
B *niet* gezond; in ieder geval had de arts BANGMA, samen
met personen uit andere disciplines, nog veel werk om hen
weer zo goed mogelijk valide te maken.

De geciteerde passages over die „gezonde mannen” no-
pen mij tot een reactie. Te lang en te vaak hebben artsen
het gezondheidsbegrip ingeperkt tot afwezigheid van li-
chamelijke of geestelijke afwijkingen *binnen* de persoon
zelf. Echter, de klacht van de patiënt is dat hij niet kan

functioneren zoals hij zelf wil, zoals ook de maatschappij
van hem verwacht. Het is de taak van gezondheidskun-
digen (w.o. artsen, fysiotherapeuten, gedragsweten-
schappers), de patiënt weer zijn plaats in gezin en maat-
schappij te doen innemen. De Gezondheidsraad stelde in
1977 een lange omschrijving van het begrip gezondheid op:
„Gezondheid is een in principe niet-statische toestand van
het organisme, waarvan het *functioneren naar eigen oordeel
en volgens geneeskundigen* (beter ware geweest: deskundi-
gen) *niet te wensen overlaat* bezien in het licht van de ge-
geven lichamelijke en geestelijke vermogens, afgemeten aan
leeftijd, geslacht, de toestand van de bevolking waartoe het
individu behoort en getoetst aan inzichten zoals die bestaan
afhankelijk van stand van wetenschap en daarop stoelende
doeleinden in de gezondheidszorg, tijd waarin men leeft,
cultuurpatroon en maatschappelijke opvattingen” (cur-
sivering door mij). Collega BANGMA bewijst in zijn klini-
sche les dat hij de taak van o.a. de medicus geheel in het
licht van deze omschrijving wil verstaan, maar in zijn les
valt hij – naar ik hoop ongemerkt – terug in het te enge
klassieke begrip van gezondheid. De artsen benadelen er
de patiënt mee, indien ze in de praktijk dit verengde begrip
hanteren. Zij hoeven niet in staat te zijn zelf de gehele
behandeling volgens de gegeven ruimere omschrijving van
gezondheid tot een goed einde te brengen – daar is vaak
inschakeling van andere gezondheidskundigen, bijv. revali-
datie-artsen, voor nodig – maar elke arts moet dit proces
dan wel in gang zetten als hij de patiënt weer tot een *ge-
zond bestaan* wil proberen te brengen.

Literatuur: BANGMA, B. D. (1979) *Ned. T. Geneesk. 123*,
2009. – Gezondheidsraad (1977) *Verlagen, adviezen, rap-
porten*, nr. 40. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.

Amsterdam, december 1979

R. L. ZIELHUIS

Vroege complicaties van de operatieve be- handeling van benigne schildklierafwijkingen

Het is verheugend dat VEEN en VAN VROONHOVEN (1979)
aandacht besteden aan de complicaties van operaties aan
de schildklier. In onze foniatische praktijk moeten wij on-
geveer zes van dergelijke patiënten per jaar revalideren
wegens stem- of ademmoelijkheden. Het artikel vermeldt
dat bilateraal letsel zich vrijwel altijd manifesteert in ern-
stige stridor en dyspnoe. Wij hebben nogal eens gezien dat
bilateraal (en ook unilateraal) letsel van de Nn. recurrentes
en de Nn. laryngei cran. heeft geleid tot stembandstilstand
in intermediaire positie. De patiënten kunnen slechts
fluisteren en ontwikkelen *hyperventilatie-symptomen*:
hoofdpijn, prikkelbaarheid, paresthesieën en kramp in de
handen. Na reëducatie van adem- en spreekgewoonten
verdwijnen deze klachten; in dat geval zijn ze dus niet het
gevolg geweest van hypocalciëmie door bijschildklierletsel.

De toestand kan gepaard gaan met aanzienlijke emotio-
nele instabiliteit en met agressie tegen de chirurg die niet
tevoren voor mogelijke complicaties heeft gewaarschuwd.
Een reden te meer voor (a.s.) chirurgen om de aanwijzingen
van de auteurs ter harte te nemen, maar ook om de aan
de operatie verbonden risico's van te voren te bespreken.

Literatuur: VEEN, H. F. en TH. J. VAN VROONHOVEN
(1979) *Ned. T. Geneesk. 123*, 2052.

Utrecht, december 1979

P. H. DAMSTÉ