

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