

houdt, en zich actief met de individuele farmacotherapie gaat bemoeien, dan wel zich begeeft op het onderzoeksterrein van de arts-klinische farmacoloog. Anders dan voor de specifiek daartoe opgeleide klinische farmacoloog, ligt het niet op de weg van de apotheker om de pharmacodynamica van geneesmiddelen bij de mens te onderzoeken; bovendien kan hij de wettelijke en morele verantwoordelijkheid voor dergelijk onderzoek niet dragen.

Als GLERUM e.a. stellen dat het bevorderen van de klinische farmacologie zou moeten leiden tot het dupliceren van medewerkers, kennis en materiaal, geven zij blijk mijn artikel slecht gelezen te hebben. Ik heb juist het tegendeel beweerd. Ik betreur juist de volstrekt willekeurige opvulling van het vacuüm van de klinische farmacologie door de huidige versnippering van het onderzoek over tientallen groepjes farmacologen, farmaceuten, chemici, en ook medici zonder specifieke klinisch-farmacologische kennis of achtergrond. Ik ben persoonlijk van mening dat daarin eenheid en samenbundeling zouden kunnen worden gebracht door erkenning van de klinische farmacologie als universitaire discipline en als medisch specialisme. Ook de ziekenhuisapothekers hebben een jarenlange strijd gestreden om hun bijzondere status erkend te krijgen. Daarom betreur ik het juist bijzonder dat de leeuw, die de ziekenhuisapotheker ongetwijfeld is, zich zo bedreigd voelt door de klinisch-farmacologische muis. Heeft hij dan misschien toch het ongemakkelijke gevoel dat hij zich op terrein bevindt dat eigenlijk door anderen ontgonnen had moeten worden?

Met GLERUM e.a. ben ik vóór een multidisciplinaire aanpak, maar niet op de onsamenhangende en vrijblijvende wijze, die de huidige toestand kenmerkt. Natuurlijk moet men niet kritiekloos buitenlandse modellen overnemen, en het blijft een probleem dat de overeenkomst tussen de Engelse en de Nederlandse clinicus even groot is als het verschil tussen de Engelse en de Nederlandse apotheker. Mijn visie op de klinische farmacologie is uiteraard die van de clinicus die overweegt welke benadering voor de patiënt de beste zou zijn; het is begrijpelijk dat het probleem van de farmacie uit gezien anders ligt. Een betere samenwerking, waar ik alleszins vóór ben, kan slechts worden bereikt als de grenzen van de verantwoordelijkheid duidelijk afgepaald worden. Het blijft jammer dat men in ons land bij nieuwe ontwikkelingen in het buitenland tot uitersten neigt: óf men gaat over tot een premature omhelzing, óf men blijft jaren lang volharden in een totale afwijzing. Ik heb geprobeerd te analyseren waarom het woord „klinische farmacologie” hier te lande a priori zulke grote weerstanden oproept; door jarenlange nauwe contacten met de Engelse klinische farmacologie weet ik wat een belangrijke aanwinst de klinische farmacologie daar voor de geneeskunde is. Ik betreur het echter dat onze landgenoten zich daarvoor zowel op het persoonlijke als op het wetenschappelijke vlak nog steeds afsluiten.

Amsterdam, januari 1981

L. OFFERHAUS

Het is al weer enkele weken geleden dat OFFERHAUS (1980) in dit Tijdschrift zijn tweede ronde (Stoelendans der klinische farmacologie) presenteerde. Men zou zich er eigenlijk over moeten verbazen dat er niet eerder commentaar op is gekomen. Het is heel gewoon – en m.i. ook een goede zaak – dat in een algemeen medisch tijdschrift zoals dit soms uitgebreide discussies worden gevoerd volgende op de publikatie van een of andere exquise „cause célèbre”. Maar hoe komt het nu dat een onderwerp van groot algemeen belang zoals de opleiding van Nederlandse artsen in het omgaan met geneesmiddelen – kortom klinische farmacologie – hier onmiddellijk reactie oproept?

Aan OFFERHAUS ligt het niet: zijn betoog is glashelder en hij weet waar hij 't over heeft. Ik denk dat het komt omdat schrijven, spreken, fulmineren zo men wil, over klinische farmacologie rolbevestigend is. Stoelendans is zélf een macaber synoniem voor klinische farmacologie aan het worden. De deelnemers eraan, de spelers uit het stuk zo u wilt, kan ik met de ogen dicht aanwijzen: de Nederlandse arts, de apotheker, de overheid, de industrie, de universitaire farmacoloog. En dan zou men bijna de klinische farmacoloog zélf vergeten: hij is een „lame duck”, over wie gesproken wordt met stille droefheid en ook wel met de lichte geïrriteerdheid die men jegens chronische patiënten aan de dag pleegt te leggen. Een sprankje voldoening, tenderend naar stemmige vreugde, beluistert men slechts bij hen die immers altijd wel gezegd hebben dat het nooit wat worden kon. Zo is dat met de klinische farmacologie in Nederland, en zo is het al een decennium lang.

Wat kan daaraan gedaan worden? Voorafgaande aan deze dient de vraag te worden gesteld: zouden we er eigenlijk wel iets aan doen? Het is geen populaire bezigheid „lame ducks” te redden, zeker niet in een tijd van conjuncturele neergang, zoals nu. Het is de verdienste van OFFERHAUS dat hij nog eens overtuigend uiteengezet heeft waarom het wel degelijk de moeite waard is de Nederlandse klinische farmacologie te stimuleren. Naar mijn mening behoeft zijn uiteenzetting echter enkele aanvullingen.

In de eerste plaats is het óók weer niet zo dat de eend helemáál dood is. Er zijn tenslotte – OFFERHAUS memoreert dat ook – een paar universitaire centra in Nederland die wél functioneren, al is het op bescheiden schaal. Volgens mij is dit laatste thans minder te wijten aan akelige concurrenten die onvermurwbaar op hun stoel blijven zitten, dan aan de reeds genoemde slechte economische toestand; in zoverre is er toch wel enige atmosfeerverandering. In mijn eigen instituut althans zouden moeiteloos medewerkers geplaatst kunnen worden als er maar formatieplaatsen waren: er is voldoende werk en er is voldoende aanbod van mensen. En gepubliceerd – gepresenteerd in het algemeen – wordt er óók wel, al is dat niet altijd in de klassieke klinisch-farmacologische media.

Het tweede punt hangt met het vorige samen: het is – hoe lovenswaardig ook – niet meer voldoende er steeds op te wijzen dat „er iets gebeuren moet”. Men zal praktische voorstellen moeten doen om de klinische farmacologie meer armslag te geven, waarbij centraal staat dat deze voorstellen financieel zo neutraal mogelijk moeten zijn.

OFFERHAUS heeft er terecht op gewezen dat de overheid in wezenlijke problemen komt als er geen nieuwe generatie klinische farmacologen wordt gevormd. Ook de farmaceutische industrieën en vervolgens de ziekenfondsen zouden met goed opgeleide Nederlandse klinische farmacologen zeer gebaat zijn. Zou het geen goede zaak zijn indien op initiatief van de overheid vertegenwoordigers van in elk geval déze drie instanties binnen acceptabele tijd op grond van een kosten/baten-analyse zouden trachten te komen tot een budgetteringsvoorstel voor opleiding en onderhoud van een verantwoord aantal klinische farmacologen voor gezamenlijke rekening?

Een andere suggestie is die van universitaire reallocatie. Is het niet uiterst merkwaardig dat aan vrijwel alle Nederlandse universiteiten zowel een medische als een farmaceutische farmacologie bestaat met gescheiden leerstoelen, werkgroepen, personeel en materieel? In het gunstigste geval is er een zekere coöperatie ontstaan tussen beide, maar dat is dan bij de gratie van goede persoonlijke en geografische verhoudingen ter plaatse.

Zou het niet de moeite waard zijn het eens te proberen

met één faculteit „Geneesmiddelenleer”, waarin analytisch-chemici, farmaceuten, farmacologen én klinische farmacologen in een „doorlopende reeks” een plaats zouden kunnen vinden naast velen uit andere disciplines, zoals biochemici, toxicologen, statistici? Zo’n tussenfaculteit zou m.i. wat kosten, onderwijs en personeelsvoorziening betreft na verloop van tijd veel efficiënter zijn dan de huidige dubbelsporige toestand; zij zou een organische verbinding vormen tussen de – dan iets minder topzware – faculteiten voor Wis- en Natuurkunde en Geneeskunde. Een krachtig universitair beleid ten aanzien van geneesmiddelen, van xenobiotica in het algemeen, als groot maatschappelijk probleem zou daaruit voort kunnen vloeien. Een neveneffect, maar zeker niet zonder belang, zou ook zijn dat er voor animositeit tussen beoefenaren van vakken die feitelijk in elkaars verlengde liggen, minder voedingsbodem bestond. Dit geldt voor de klinische farmacoloog zowel in zijn relatie tot de farmaceut als in zijn relatie tot de clinicus-behandelaar.

Met enige verbeeldingskracht zijn vast nog wel andere suggesties te verzinnen. Het vergt daarentegen geen enkele verbeeldingskracht om in te zien dat de twee die ik hier heb gedaan op z’n minst veel weerstand zullen ontmoeten: het is niet „haalbaar”, bevoegdheden schieten te kort, privileges worden aangetast. Mijn antwoord daarop is dat dat natuurlijk allemaal waar is, maar dat het ook waar is dat in de afgelopen jaren in ons land de geneeskunde op geneesmiddelengebied enorm gezichtsverlies geleden heeft. Willen we daar iets aan doen, dan zullen er ingrijpende maatregelen moeten worden genomen, en – vooral – het moet snel gebeuren!

Literatuur: OFFERHAUS, L. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2097.

Groningen, december 1980

H. WESSELING

Het uitblijven van reactie op een wat polemisch getint discussiestuk kan negatief of positief worden uitgelegd. Hoewel het, gezien de afgelopen feestdagen en de wat trage aanloop die discussies in het Tijdschrift meestal hebben, nog wat vroeg dag is om collega WESSELING in diens verbazing en nogal sombere gevolgtrekkingen te volgen, zou het omgekeerde óók het geval kunnen zijn: de lezers hebben de conclusies begrepen en zij zijn het er volledig mee eens. Een aantal lezers – allen echter ten nauwste betrokken bij het wel en wee van de klinische farmacologie – hebben dat gelukkig reeds in persoonlijke brieven en gesprekken bevestigd. Desondanks ben ik collega WESSELING bijzonder dankbaar dat hij door zijn humoristische en constructieve bijdrage getracht heeft om de discussie in de medische wereld alsnog op gang te krijgen. Zijn voorstel om een interfaculteit „Geneesmiddelenleer” op te zetten is mogelijk een realistische oplossing voor die universiteiten, waar dat wegens de toch al bestaande goede samenwerking tussen farmacologen, klinische farmacologen, farmaceuten en klinici in wezen niet direct nodig is. Als men echter drie of vier diersoorten die elkaar door de tralies heen al toegrommen in één hok plaatst, kan men slechts het ergste vrezen. Ook is het zeer de vraag of men de klinische farmacologie op die wijze een gelijkwaardige plaats onder de medische specialismen kan geven, zodat de toekomst van het vak door een geformaliseerde opleiding, carrière-vooruitzichten en plaatsingsmogelijkheden op de universiteiten, bij de farmaceutische industrie, en in de gezondheidszorg verzekerd kan worden. Ik vrees dat het voorstel van collega WESSELING voornamelijk ingegeven is door de ook door hem veroorzaakte „haalbaarheid”. Ik neig daarom meer naar de door

hem in zijn slotzin voorgestelde ingrijpende maatregelen op korte termijn, al meen ik dat de therapie eerder constructief dan conservatief zal moeten zijn.

Amsterdam, januari 1981

L. OFFERHAUS

Het voorkomen van Propionibacterium acnes in bloed en liquor van neurochirurgische patiënten

Naar aanleiding van het antwoord van de collegae LIM, AVEZAAT en MICHEL (1980b) op mijn opmerking over hun artikel zou ik tenslotte nog willen vaststellen dat verschillende onderzoekers evenals LIM e.a. (1980a) hebben aangetoond dat *P. acnes* in vitro inderdaad gevoelig is voor penicilline, maar dat de reactie van *P. acnes* in vivo zowel voor de dermatoloog als voor de neurochirurg teleurstellend kan zijn. Is penicilline per os bij inflammatoire acne, waarbij *P. acnes* een belangrijke rol speelt, om vooraansnog onbekende redenen niet effectief gebleken, het succes van een penicilline-kuur voor een bacteriële infectie van het centrale zenuwstelsel is niet alleen afhankelijk van de gevoeligheid van de desbetreffende bacterie voor penicilline, maar ook van de penicillinespiegel in de liquor.

LIM, AVEZAAT en MICHEL (1980a) bereikten een fraai resultaat met intraveneus en intraventriculair toegediende penicilline. Bij patiënte A voorkwam cloxacilline per os mogelijk een reïnfectie via de peritoneale drain. De dosering van het oraal toegediende cloxacilline werd niet vermeld. Penicilline intraveneus geeft een hogere liquorspiegel dan penicilline per os (STRAUSBAUGH e.a. 1978). Probenecid per os in combinatie met penicilline intraveneus heeft een gunstig effect op de penicillinespiegel in de liquor (CRAFT e.a. 1979). DUNLOP e.a. (1979) bereikten bij de behandeling van neurosyfilis meestal de minimum-treponemacide concentratie van penicilline in de liquor met benzylpenicilline en procainebenzylpenicilline intramusculair in combinatie met probenecid per os. Wanneer omstandigheden ertoe leiden dat men overweegt een bacteriële infectie van het centrale zenuwstelsel te behandelen met penicilline per os, bij voorkeur in relatief hoge doseringen, dan kan het toevoegen van probenecid per os van nut zijn.

Literatuur: CRAFT, J. C., W. E. FELDMAN en J. D. NELSON (1979) *Antimicrob. Agents Chemother.* 16, 346. – DUNLOP, E. M. C., S. S. AL-EGAILY en E. T. HUANG (1979) *J. Amer. med. Ass.* 241, 2538. – LIM, B. T., C. J. J. AVEZAAT en M. F. MICHEL (1980a) *Ned. T. Geneesk.* 124, 628; (1980b) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1755. – STRAUSBAUGH, L. J., N. I. GIRGIS, I. A. MIKHAIL e.a. (1978) *Antimicrob. Agents Chemother.* 14, 899.

Groningen, november 1980

P. C. VAN VOORST VADER

Voor wat de therapie betreft bij neurochirurgische patiënten geldt ook de algemene regel dat het succes van antibioticumtherapie bij infectie niet alleen afhangt van de gevoeligheid van de bacterie t.o.v. een bepaald antibioticum en van de virulentie van de stam, maar tevens van de toestand waarin de patiënt zich op dat ogenblik bevindt. Daarbij kan worden gedacht aan de lokalisatie van de infectie, de aanwezigheid van een lichaamsvreemd voorwerp en aan de afweer. Is de infectie moeilijk bereikbaar voor het antibioticum, dan dient grote aandacht besteed te worden aan de spiegelvorming op de plaats van de afwijking.