

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 vooralsnog 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 procaïnebenzylpenicilline 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.

Patiënt A werd aanvankelijk gedurende 2 weken met 4 maal daags 1 g cloxacilline intraveneus behandeld. Daarna werd het middel nog enkele weken oraal toegediend. Gezien de aanwezigheid van een ventrikeldrain bij onze patiënten menen wij dat het voor de hand ligt het antibioticum bij hen behalve parenteraal ook intraventriculair toe te dienen.

Voor het teleurstellende resultaat van de penicillinetherapie bij acne-patiënten verwijzen wij naar ons vorige antwoord (1980).

Literatuur: LIM, B. T., C. J. J. AVEZAAT en M. F. MICHEL (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1755.

Rotterdam, december 1980

M. F. MICHEL

Biofeedback en hoofdpijn

Het is een goede gedachte geweest van collega ZITMAN (1980) om de biofeedback, die alom wordt toegepast, eens kritisch te beschouwen. Bijna kritiekloos overstromen ons artikelen waarin de schrijvers de goede resultaten van biofeedback bejubelen. HOFFMAN (1975) is hiervan een goed voorbeeld en ook DIAMOND en MEDINA (1978) meenden 90% van de patiënten met hoofdpijn te kunnen genezen, terwijl ADLER e.a. (1976) een verbeteringspercentage van 80 opgeven.

Ik ben het met collega ZITMAN eens dat wij bij kritische beschouwing van de literatuur zeker niet mogen concluderen dat de biofeedback het aangewezen middel is voor de behandeling van hoofdpijn. SZAJNBERG en DIAMOND (1980) hebben er onlangs op gewezen dat men bij follow-up-onderzoek nogal eens symptoomverschuiving waar kan nemen. De chronische klager heeft zijn symptoom nodig om in evenwicht te blijven, om evenwichtig te kunnen functioneren. Het wegnemen van het chronische symptoom kan als een stress worden opgevat, welke de impuls kan zijn voor het ontstaan van een nieuw symptoom. Het is echter bewezen dat bij hoofdpijn een verhoogde spierspanning voorkomt, zowel bij de migraineuze als bij de wat vagere hoofdpijnen (WOLFF 1963). Het is steeds bij elke patiënt de

vraag waarom deze spierspanning ontstaat. Samen zullen arts en patiënt dit op het spoor dienen te komen.

Uit mijn eigen onderzoek bij 65 chronische hoofdpijn-patiënten concludeerde ik dat hoofdpijn een signaal is, een boodschap met berichtwaarde: er is iets mis in het lichame-lijk functioneren, in het relationele functioneren of in het psychosociale functioneren (POST 1980). Deze boodschap zal moeten worden gedecodeerd. Voor de bestrijding van de pijn kunnen we verschillende hulpmiddelen toepassen, namelijk medicamenten, fysiotherapie en ook biofeedback. Ik ben het daarom ook niet eens met collega ZITMAN, dat de aanschaf van de biofeedbackapparatuur af te raden zou zijn. Mits heel duidelijk met de patiënt wordt afgesproken dat biofeedback slechts een hulpmiddel is en dat uit het gesprek over de achtergronden van de chronische hoofdpijn de patiënt zelf zal moeten ontdekken wat hij met zijn hoofdpijn wil zeggen, kan genoemd hulpmiddel heel goed verlichting brengen, misschien even goed als ontspannings-oefeningen, die immers ook slechts een hulpmiddel zijn.

Literatuur: ADLER, C. S. e.a. (1976) *Headache* 16, 189. – DIAMOND S. en J. L. MEDINA (1978) *Res. clin. Headache* 6, 155. – HOFFMAN, E. (1975) *Dan. med. Bull.* 22, 97. – POST, D. (1980) *De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten*. Stafleu, Alphen aan den Rijn. – SZAJNBERG, N. en S. DIAMOND (1980) *Headache* 20, 20. – WOLFF, H. G., *Headache and other headpain*. Oxford University Press, New York. – ZITMAN, F. G. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2004.

Wezep, november 1980

D. POST

In mijn artikel ben ik niet ingegaan op de signaalfunctie van hoofdpijn. Ik heb het ook niet gehad over therapeutische mogelijkheden in algemene zin bij hoofdpijnklachten. Ik heb mij beperkt tot het vergelijken van de effecten van biofeedback met ontspanningsoefeningen. Ik heb betoogd dat op grond van de tot dusverre bekende gegevens beide vormen van behandeling even effectief zijn. Dat is juist een argument om niet kritiekloos biofeedbackapparatuur aan te schaffen: met ontspanningsoefeningen doe je voor minder geld even goed werk.

Leiden, december 1980

F. G. ZITMAN