

afklemming van de afferente levercirculatie kan daarom zo nodig veilig tot 45 minuten verlengd worden (HUGUET e.a. 1978).

Leverletsels gepaard gaande met een scheur in de vena cava inferior of in een suprahepatische vene hoeven niet altijd dodelijk te zijn. Afklemming van de aorta met totale vasculaire isolatie van de lever of het gebruik van een endocavale shunt of balloncatheter kan in dergelijke gevallen het leven redden. (HEANEY e.a. 1966; YELLIN e.a. 1971) en een suprahepatische vene kan desnoods afgebonden worden (DEPINTO e.a. 1976; TON THAT TUNG 1979). Dergelijke heroïsche ingrepen hebben uiteraard een zeer hoge mortaliteit bij deze ernstig gekwetste patiënten, maar vormen hun enige kans om in leven te blijven.

Literatuur: BISMUTH, H. (1976) *Encycl. méd.-chir. Techniques chirurgicales*, 4.2.07.,40762. – COUINAUD, C. (1957) *Le foie*. Masson, Parijs. – DEPINTO, D.J. e.a. (1976) *Ann. Surg.* 183, 243. – HEANEY, J.P. e.a. (1966) *Ann. Surg.* 163, 237. – HUGUET, C. e.a. (1978) *Arch. Surg.* 113, 1448. – MACKENZIE, R.J. e.a. (1975) *Brit. J. Surg.* 62, 431. – NORDLINGER, B. e.a. (1980) *Surg. Gynec. Obstet.* 150, 859. – OTTER, G. DEN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1043. – VISSER, J.F.M. e.a. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 855. – TON THAT TUNG (1979) *Les résections majeures et mineures du foie*. Masson, Parijs. – YELLIN, A.E. e.a. (1971) *Arch. Surg.* 102, 566.

Londen, juli 1982

E.J. BOERMA

Er zijn inderdaad vele verschillende nomenclaturen om de segmentale verdeling van de lever aan te geven. Ze berusten in principe voornamelijk op de verdeling van de portale vertakkingen. Loodrecht daarop verloopt de veneuze afvoer, vandaar dat ik het oude plaatje van Gans uit 1955 bij het artikel voegde. De vertakkingen van de vena portae en die van de vena cava zijn „onderling interdigiterend vervlochten”, hetgeen betekent dat er een opbouw is, die doet denken aan het elkaar loodrecht kruisen van de vingers van twee gevouwen handen. In een artikel dat bedoeld is voor de algemene arts leek het mij niet zo veel zin te hebben ver in te gaan op de segmentale opbouw.

Een uiterst belangrijke vraag is die naar de tijdsduur van een onderbreking van de circulatie in de arteria hepatica en de vena portae. Dierproeven zijn wel interessant, maar bewijzen niet veel. Een gecontroleerde proefopzet bij de mens is onmogelijk. Ik houd de 20 minuten afsluiting voor een veilige limiet, waarbij ik beslist niet wil ontkennen, dat in een aantal gevallen een langere afsluiting verdragen kan worden. Wat dit betreft is figuur 6 van belang, waar men na twintig minuten afsluiting reeds de reactie van de leverenzymen en dan vooral van de cholinesterase opmerkt. Die heeft een aantal dagen nodig voordat ze weer tot een normaal niveau is teruggekomen.

Amsterdam, juli 1982

G. DEN OTTER

Hoe blijft een mens gezond?

In hun Commentaar dienen de collegae VAN BEKKUM en MEIJLER (1982) een stroming van repliek die van de traditionele wetenschappelijke aanpak van de geneeskunde onvoldoende heil verwacht, maar aandacht vraagt voor de rol die gedrag en omgeving bij het ontstaan en bestrijden

van kwalen en ziekten in de hoogontwikkelde landen spelen. Hun verweer richt zich in het bijzonder op een rapport uit 1974 van de toenmalige Canadese minister van volksgezondheid, Marc Lalonde, „A new perspective on the health of the Canadians”. Van Bekkum en Meijler hebben voor het rapport en de denktrant van Lalonde geen goed woord over. „Aanhangers van die denktrant . . . achten het nodig bewijzen voor hun uitgangspunten aan te dragen . . . hun inzichten berusten op „veronderstellingen” in plaats van op harde feiten.” Daartegenover staat de werkwijze van de geneeskunde: „Wij kunnen slechts de nu al vrijwel ongeëvenaarde gezondheidstoestand van de bevolking verder verbeteren, als wij naar de oorzaken en de aard van ziekten blijven speuren en het substraat ervan ontdekken; eerst dan is gerichte preventie en bestrijding mogelijk. Dit doel is uitsluitend met wetenschappelijke methoden te bereiken . . . Er is maar één manier om gezond te blijven, nl. door ons verstand te gebruiken”, aldus Van Bekkum en Meijler.

De strekking van het Commentaar is vrijwel gelijk aan die van een Hoofdartikel in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* uit 1977 van de hand van de hoofdredacteur, collega JONGKEES, „Zijn wij op de goede weg?”. Het antwoord op die vraag luidt, zoals kon worden verwacht, bevestigend. Dat er twijfel aan de weg (de methode, M.) der geneeskunde is gerezen wijt Jongkees aan overspannen verwachtingen die mede tot onwerkelijke definitie van gezondheid door de WHO hebben geleid. Die twijfel zal verdwijnen zodra de geneeskunde zich weer binnen de grenzen van haar deskundigheid terugtrekt, aldus Jongkees.

Het is te betreuren dat de beide schaarse artikelen, die het zo uitermate belangrijke, want centrale, thema van de methode der geneeskunde aan de orde stellen, de vorm van een strijdschrift hebben. Die vorm leidt enerzijds tot een overmatig accent op het eigen gelijk van de geneeskundige scientific community, anderzijds tot het kleineren van andersdenkenden die, wegens hun onwetenschappelijkheid, als gesprekspartners worden afgewezen.

Aan een volwaardig pleidooi voor de juistheid van de methode der geneeskunde moeten hogere eisen worden gesteld. Zo'n betoog zal niet voorbij kunnen gaan aan het feit, dat een levende wetenschap wordt gekenmerkt door een nooit aflatende zorg zich, door herziening van haar grondslagen en methode, te vernieuwen. De geschiedenis van de fysica, de koploper onder de wetenschappen, kent daarvan vele indrukwekkende voorbeelden. Tegenover die wetenschap van de (dode!?) materie slaat de geneeskunde, nogwel de leer van het (dode!?, levende!?) menselijke lichaam, een povere figuur. In 3½ eeuw heeft zij haar grondslagen en methode niet gewijzigd, laat staan herzien: zij heeft volstaan met die aan te passen aan de ontwikkeling van haar zogenaamde basiswetenschappen. Het uitblijven van die herziening is des te ernstiger daar noch haar mensbeeld, noch haar model van het menselijke lichaam, het resultaat is van wetenschappelijk onderzoek: zij zijn het resultaat van filosofische en fysiologische speculaties van Descartes. De successen van de medische macht verlenen die speculaties, retrograad en posthuum, de status en het gezag van wetenschappelijke uitspraken.

Maar de medische macht heeft ook haar keerzijden. Die keerzijden rechtvaardigen, op hun beurt, twijfel aan het wetenschappelijke gezag van die speculaties. Zij rechtvaardigen ook de eis die speculaties ter discussie te stellen. Als de wetenschappelijke geneeskunde die discussie afwijst, roepen die keerzijden verzet op. De geneeskunde kan dat verzet niet afdoen met een hooghartige verwijzing naar zijn

onwetenschappelijkheid. Zij kan zich niet veroorloven met stenen te gooien, want zijzelf woont, wat haar grondslagen en methode betreft, in een glazen huis. In plaats van pogingen om het verzet te breken, zal de geneeskunde moeten inzien dat het moment is aangebroken waarop langer uitstel van een kritische bezinning op haar grondslagen en methode, wetenschappelijk onaanvaardbaar is. Door de bezinning op haar grondslagen ter hand te nemen aanvaardt de geneeskunde de verantwoordelijkheid voor de problemen die haar toepassing oproept. Tevens kwalificeert zij zich daarmee tot de enige instantie waarvan een oplossing van die problemen mag en kan worden verwacht.

Van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde mag worden gevraagd dat het, in zijn redactioneel beleid, het grondslagen-onderzoek van de geneeskunde de aandacht zal gaan schenken waarop het, gezien zijn centrale betekenis voor de wetenschappelijke geneeskunde, recht heeft.

Literatuur: BEKKUM, D.W. VAN en F.L. MEIJLER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1238. – JONGKEES, L.B.W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1345.

Rijswijk, juni 1982

W. METZ

Met veel belangstelling heb ik het artikel van de hoogleraren VAN BEKKEM en MEIJLER (1982) gelezen. De auteurs vrezen, dat de beleidsmakers de financiële middelen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek zullen beperken. In de toekomst zou slechts aan die onderzoekers gelden beschikbaar worden gesteld, die bereid zijn, duidelijke en goedkope, doch vrijblijvende adviezen aan de gehele bevolking te geven. Met recht nemen zij stelling tegen onwetenschappelijke en modieuze stromingen, die erop gericht zijn „gemiddelde waarnemingen” dienstbaar te maken aan onze politici: Juist omdat de morbiditeit en mortaliteit in de westerse wereld niet in de laatste plaats bepaald worden door factoren die samenhangen met leefgewoonten, is de verleiding groot, deze problemen slechts symptomatisch aan te pakken. De geneugten kunnen dan blijven bestaan.

Niettemin valt te betreuren, dat de schrijvers in het vuur van hun betoog over het hoofd zien, dat „die dure” (=curatieve!) tweedelijsgezondheidszorg niet gelijk staat met wetenschappelijk onderzoek. Nog spijtiger is het, dat zij voorbijgaan aan het feit, dat de, in curatief opzicht zo goedkope, eerstelijsgezondheidszorg wel degelijk een bijdrage zou kunnen leveren. Juist waar het ziekten betreft, die door gedrag en leefgewoonten bepaald worden, kan de eerste lijn belangrijke gegevens aandragen ten behoeve van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

Literatuur: BEKKUM, D.W. VAN en F.L. MEIJLER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1238.

Brielle, juli 1982

J.J. VAN BINSBERGEN

De reactie van collega J.J. van Binsbergen is een uitstekende aanvulling op ons artikel. De beide aspecten, waarvan hij betreurt dat ze niet aan de orde kwamen („dure” tweedelijsgezondheidszorg is niet gelijk aan wetenschappelijk onderzoek en de eerste lijn kan belangrijke gegevens aandragen) vielen buiten ons betoog. Wij zijn vurige voorstanders van evaluatie van het medisch handelen. Evaluatie is ook onmisbaar wanneer men kosten tegen

baten wil afwegen en pas als dat goed gebeurt, kan men iets duur of goedkoop gaan noemen. Het is zeker juist, dat de huidige eerstelijsgezondheidszorg minder geld kost dan de tweedelijsgeneeskunde, maar er zijn nog geen analyses bekend, waaruit overtuigend blijkt, dat de ene beter is dan de andere.

Naar aanleiding van de reactie van collega W. Metz: In een discussie als de onderhavige is het niet te vermijden, dat discussianten vanuit hun eigen overtuiging redeneren. We hebben niet de bedoeling gehad andersdenkenden (Lalonde e.a.) te kleineren, maar wel om de redeneringen van Lalonde als ongefundeerd aan de kaak te stellen.

Inderdaad, speculaties waarvan deskundigen vinden dat ze ongefundeerd zijn, blijken soms in de wetenschap het startpunt voor belangrijke nieuwe ontwikkelingen te zijn. Maar ook in de wetenschap zijn er talloze speculaties die tot niets leiden, soms zelfs de klok zouden terugzetten als ze niet ontzenuwd en verworpen worden. Het wetenschappelijke bedrijf beschikt over de mechanismen, nodig voor zo'n selectie. Overheden, die een beleid voor lange tijd moeten uitzetten, beschikken daar niet over. Wij verwijten Lalonde en zijn aanhangers, dat zij een beleid, waarvan zeer veel levens afhangen, propageren dat meer op speculaties dan op feitelijke kennis is gebaseerd. Zo'n overheidsbeleid achten wij niet verantwoord.

De wetenschappelijke geneeskunde wijst discussie met andersdenkenden niet af. Daarvan is de onderhavige discussie een bewijs. Maar wij eisen wel dat aangetoond wordt, dat de methodes die andersdenkenden propageren, inderdaad opleveren wat ze pretenderen. Dit heeft niets met hooghartigheid te maken, doch alleen met realisme. En wat betreft de kritische bezinning op de eigen winkel, daarvan leveren de „officiële” medische tijdschriften wekelijks de resultaten en getuigt de huidige ontwikkeling van toetsingsprocedures.

Rijswijk,
Utrecht, juli 1982

D.W. VAN BEKKUM
F.L. MEIJLER

Aangezien collega Metz in zijn Ingezonden zich ook op een klinische les van mijn hand beroept, wil ik hem er gaarne op wijzen dat hij wat mij betreft wijd open deuren intrapt.

De aan de universiteiten gedoeerde geneeskunde is (althans behoort te zijn) gegrondvest op verantwoorde veronderstellingen berustend op controleerbare waarnemingen. Deze veronderstellingen zijn niet anders dan de hypothesen die – en daar begint het begrip wetenschap – voortdurend ter discussie staan en nooit in dogma's behoren te ontaarden. De voortdurende twijfel aan hetgeen bereikt is in de wetenschap geeft deze haar wezen. Met mensen die de premisse van de eeuwige betwijfelbaarheid van menselijke veronderstellingen niet willen aanvaarden, is geen wetenschappelijk gesprek mogelijk.

Ik zou echter wel eens willen weten waar ik, volgens collega Metz, in mijn hoofdartikel uit 1977, waarin ik de vraag stelde of we op de goede weg zijn, gezegd zou hebben „die twijfel zal verdwijnen” en waarop de schrijver elders in zijn brief de merkwaardige uitspraak baseert: „In 3½ eeuw heeft zij – (de geneeskunde) – haar grondslagen en methode niet gewijzigd, laat staan herzien”. Sinds 1630! Molière zag het anders, „Nous avons changé tout cela”. Maar ja, wat zijn grondslagen en methode? We proberen nog steeds als arts mensen te genezen, te helen en te verlossen, dat is waar.

Amsterdam, juli 1982

L.B.W. JONGKEES