

den binnengeslopen en helaas ontbreken verwijzingen naar de literatuur. Bovendien is de beste bron voor de citaten uit haar briefcorrespondentie opgenomen in de 'Oeuvres complètes'.¹ Het citaat over het werk in de tuin en over de kanaries is een parafraze van haar biograaf Philippe Godet. De tekst van de brief van haar oud-gouvernante Jeanne-Louise Prevost (1721-1785) luidt: 'vous n'avez pas la satisfaction de voir Madame votre Mere vous en jouirez après votre guérison' en iets verder 'Comme vous aurez passez au Lit la saison de faire votre jardin il sera apparemment bien en arrière ou si vous y aurez suppléez? vos Canaris n'auront-ils point pris la petite vérole?' (deel I, brief 36).

De broers van Belle zijn niet gelijk met haar, maar eerder geïnoculeerd, zoals blijkt uit dezelfde en de volgende brief van Mlle Prevost (I, 36 en 37). De citaten betreffende de inoculatie van haar moeder, Helena Jacoba Baronesse van Tuyll van Serooskerken-de Vicq (1729-1768) zijn vrijwel identiek met de tekst in de 'Oeuvres complètes' (II, 322 en 328), waar ook het relaas over haar overlijden is te vinden (I, 329). De tekst van de eerste van deze brieven illustreert goed de aangehaalde uitspraak van Voltaire dat er moed voor nodig was om zich te doen inoculeren. De tekstbezorgers van de 'Oeuvres complètes' konden niet erin slagen het geschrift van J.S. Williams, door collega Wolff geciteerd, te vinden. Zijn naam, in twee brieven genoemd (II, 322 en 324), wordt daarin ten onrechte geïdentificeerd met die van Hugh Williamson (1735-1819), een Amerikaan die in Utrecht bij professor J.D. Hahn (1729-1784) promoveerde op 6 augustus 1766.

De eerste inoculatie in Nederland geschiedde naar algemeen wordt aangenomen in 1748, in welk jaar Théodore Tronchin (1709-1781) zijn zoon inoculeerde.² Tronchin was een begaafde leerling van Boerhaave, uit Zwitserland afkomstig, die zich vier dagen na zijn promotie in Amsterdam als poorter liet inschrijven. Wij komen deze Tronchin tegen in een brief van Mlle Prevost van 11 februari 1756 als een gevierd arts in Genève (I, 48), terwijl zijn naam ook in vele brieven en memoires uit de literaire kring van Belle van Zuylen voorkomt. Het jaartal 1754 dat collega Wolff noemt, heeft waarschijnlijk betrekking op Thomas Schwencke (1694-1767), professor anatomiae et chirurgiae te 's-Gravenhage.³ Deze 'Hage-professor', vanaf dat jaar actief op het gebied van inoculatie, moet vooral worden genoemd voor zijn statistieken over de sterfte aan kinderpokken.⁴ In datzelfde 's-Gravenhage verbood de magistraat, als eerste in Nederland, de inoculatie in 1765 als te gevaarlijk.

LITERATUUR

¹ Isabelle de Charrière/Belle de Zuylen. Oeuvres complètes, deel I-X. Amsterdam: G.A. van Oorschot, 1979-1984.

² Lindeboom GA. Théodore Tronchin (1709-1781). Ned Tijdschr Geneeskd 1956; 100: 1999-2006.

³ Endtz L.J. De Hage-professoren, geschiedenis van een chirurgische school. 's-Gravenhage: Nijgh & Van Ditmar, 1972.

⁴ Schwencke Th. Aanmerkingen op het getal der dooden van 1756, 1757, 1758 in welke laatste jaren de kinderpokjes gegrasseert hebben in 's-Gravenhage. Verh Holl Mij Wetensch 1760; 5: 158-67, en Aanmerkingen op het getal der dooden van 1759, 1760, 1761, 1762 en 1763 in welke twee laatste jaren de kinderpokjes gegrasseert hebben in 's-Gravenhage. Verh Holl Mij Wetensch 1765; 8a: 485-94.

L. J. ENDTZ

's-Gravenhage, april 1986

Ik dank collega Endtz voor zijn belangwekkende aanvullingen en correcties. Hij is van mening dat de eerste inoculatie in Nederland geschiedde in 1748 en niet in 1754, zoals ik vermeldde.

Daniëls gaat uitgebreid in op dit vraagstuk en formuleert behoedzaam dat hij er niet van overtuigd is dat de inenting door Tronchin in 1748 werkelijk heeft plaatsgevonden.¹ Hij geeft als

eerste zekere datum aan 6 mei 1754, de dag waarop Thomas Schwencke in Den Haag drie kinderen van de Gravin van Athlone inoculeerde.

Ongetwijfeld is er voor schriftgeleerde fijnproevers nog meer te peuzelen aan de door mij geconsulteerde bronnen. Ik meen echter dat voor medische lezers de meer literaire gegevens gecondenseerd dienen te worden, waarbij ik gaarne schuil achter onverdachte autoriteiten als Philippe Godet of dr. C.E. Daniëls, die van 1883 tot 1919 bibliothecaris van onze Maatschappij waren en in wier geschriften voor de liefhebber een uitgebreide bronvermelding is te vinden.

LITERATUUR

¹ Daniëls CE. De Kinderpok-inenting in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 1875; 19, II: 53.

J. D. P. WOLFF

Bloemendaal, april 1986

Rupturen van de laterale enkelband(en); opereren of niet?

Wij zijn verheugd dat professor Van Rens (1986; 480-4) een lans breekt voor het functioneel oefenen van de Mm. peronei door middel van disk-training, omdat in het algemeen de aandacht voor de actieve stabiliserende rol die de Mm. peronei kunnen spelen bij het verschaffen van actieve stabiliteit van de enkel, onvoldoende geweest lijkt te zijn. Uit recent onderzoek blijkt dat deze balansoefeningen door huisartsen, chirurgen en orthopedisch chirurgen resp. slechts in 3%, 2% en 24% worden voorgeschreven.¹ In (inter)nationaal gerenommeerde onderzoeken naar de te verkiezen therapie bij enkeldistorsies wordt veelal alleen de behandeling met gips, door operatie of met bandage, onderzocht. Ook in de Nederlandse fysiotherapie krijgen genuanceerde balansoefeningen ('Freeman exercises') nauwelijks aandacht. Uit een door ons in 1984 gehouden enquête onder twintig pas afgestudeerde fysiotherapeuten bleek bijv. niemand 'Freeman exercises' te kennen. Hetzelfde gold ook voor de actieve instabiliteit aangevende term 'giving away'. Men lijkt in de huidige fysiotherapie meer aandacht te hebben voor zaken van discutabele waarde, zoals acupunctuur, fricties en diverse stroomvormen, dan voor zaken die bij enkeldistorsies van fundamenteel belang zijn en eigenlijk echt des fysiotherapeuts zijn, namelijk het verschaffen van passieve en vooral ook actieve stabiliteit door middel van een pleisterverband en 'Freeman exercises'. Hopelijk leidt het artikel van professor Van Rens tot meer aandacht hiervoor bij enkel- en niet te vergeten kniedistorsies. Wenselijk zou zijn dat ongeacht de behandeling van de enkeldistorsie, gips, operatie of pleisterbandage, 'Freeman exercises' onderdeel van de behandeling zijn.

Naar onze mening hoeven deze oefeningen overigens niet te beginnen na het dragen van een pleisterbandage, zoals door Van Rens wordt aangegeven, maar zouden zij reeds tijdens het dragen van de bandage een aanvang kunnen nemen. Bovendien zouden de 'Freeman exercises' onderdeel van een thuistherapieprogramma moeten zijn, waarbij de patiënt een uniaxiaal doseerbaar balansbord mee naar huis krijgt om vooral zelf zijn actieve stabiliteit te trainen. Ook bij het toepassen van bandages zou meer naar mogelijkheden gezocht moeten worden om vooral de patiënt zelf te leren zich op een passieve wijze te beveiligen, zich van pleister te voorzien. Vooral in situaties met risico zoals sporten, lijkt dit van belang. Op deze wijze wordt niet alleen geappelleerd aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij de behandeling van zijn aandoening, maar hiermee wordt ook de patiënt onafhankelijker van zijn behandelaar gemaakt.^{2,3}

LITERATUUR

- 1 Kay DB. The sprained ankle: Current therapy. Foot Ankle 1985; 6: 22-8.
- 2 Bruggeman A, Bruggeman JH. Vernieuwingen in het behandelplan. Het inversie-trauma van de enkel. Geneeskunde en Sport 1983; 16: 91-7.
- 3 Bruggeman A, Bruggeman JH. Modifications in the treatment-programme of the inversion sprain. Int J Sports Med 1984; 5: suppl 42-4.

A. BRUGGEMAN

Hengelo, maart 1986

J. H. BRUGGEMAN, fysiotherapeuten

Geneeskunde en euthanasie

De inleiding van het artikel van Meijler (1986: 501-4) is nogal tendentius. Het is juist het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (1984) geweest dat de voorwaarden voor vrijwillige euthanasie goed op een rijtje heeft gezet. De Gezondheidsraad-commissie inzake Euthanasie (1981/2) was daar niet in geslaagd; haar definitie was zelfs niet juist. Het merendeel van de door de KNMG aangedragen argumenten is overgenomen in het rapport van de Staatscommissie Euthanasie (1985) en later ook in het gewijzigde wetsontwerp Wessel-Tuinstra (1985), maar daar staat weer te veel in. Dat er ooit een uitspraak 'van het volk' komt, dat vrijwillige euthanasie mag dan wel *moet*, zou tot een contradictie leiden. Wat een vreemde veronderstelling.

Meijler heeft gelijk wanneer hij meent dat de dood, ook die als gevolg van euthanasie, onherroepelijk is. Maar er is in het leven zoveel onherroepelijk, wat zou dat? De dood kan een bijzonder welkome vriend zijn, lang niet altijd is hij onze grootste vijand. Inderdaad, absolute zekerheid is er in het leven zelden, evenmin als er waterdichte criteria zijn. Dat eist een patiënt ook niet! Van een arts wordt een zo objectief mogelijke diagnose verwacht. Maar iedereen weet dat daar vergissingen mee gemaakt worden, want iedereen vergist zich wel eens. Patiënten maken zich meer zorgen over artsen die voor hen wensen te beslissen. Men wordt zich er steeds meer van bewust dat medische ethiek primair gericht moet zijn op het *welzijn* van de patiënt, die wenst mee te denken en mee te beslissen over zijn eigen leven én dood. De medicus zal, zorgvuldig medisch handelend, vanuit zijn deskundigheid ziekten trachten te genezen en lijden proberen te verlichten. Vanzelfsprekend heeft hij daarbij wel een eigen oordeel, maar *niet* het recht op de eindbeslissing.

Het wordt tijd dat er een herbezinning komt over de medische ethiek en dat de patiënt daarbij betrokken wordt.

G. M. M. HOUBEN

Zwolle, april 1986

Onder tendentius verstaat Van Dale: 'een bepaalde bedoeling hebbend en uitdrukking en met opzet in een bepaalde richting geleid, waardoor aan de waarheid tekort wordt gedaan'. Deze omschrijving is op wat ik in verband met de euthanasie over de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heb geschreven, niet van toepassing. Het Hoofdbestuur van de KNMG heeft over deze netelige zaak haar leden niet gehoord. Dat is een ernstige zaak.

Ik gun de heer Houben zijn opvattingen over de dood en ook zijn visie op de medische ethiek. Het kan zijn dat patiënten zich zorgen maken over artsen die over hen beslissen. Ik maak me zorgen over de geneeskunde, als patiënten over artsen gaan beslissen.

F. L. MEIJLER

Utrecht, april 1986

Inhalatiecorticosteroiden bij astma

Prof. Kreukniet behandelt in vogelvlucht enkele aspecten van deze middelen (1986; 524-6). Een aantal fragmenten van de tekst zijn dusdanig summier, dat misverstanden kunnen ontstaan, zodat ik graag enkele kanttekeningen wil plaatsen.

1. De mededeling dat beclomethason al lokaal in de long wordt omgezet, is volstrekt onvoldoende. Van elke inhalatie beclomethasondipropionaat (BDP) komt 10-20% in de long terecht, de overige 80-90% verdwijnt in het maag-darmkanaal. Dat BDP lokaal in de long wordt omgezet, is juist. Door deze omzetting is de kans dat BDP vanuit longweefsel alsnog een algemeen effect tot stand zou brengen uiterst gering. Vanaf het begin van de jaren zeventig, toen BDP ter beschikking kwam van patiënten en artsen, is uit diverse onderzoeken komen vast te staan, dat van BDP pas bij doses van circa 2000 µg en hoger effect op de cortisolspiegel is te verwachten. Dit zijn doses, die in de praktijk nauwelijks voorkomen. De grote mate van veiligheid van BDP blijkt uit het feit dat toepassing tijdens de zwangerschap is toegestaan. De uitspraak dat afbraak in de long ten koste van de lokale activiteit gaat, lijkt spits, maar hierover zijn geen gegevens bekend. Uit vergelijkend klinisch onderzoek blijkt, dat BDP bij gelijke doses geïnhalerde corticosteroiden (400 µg/dag) eerder neigt tot een sterker oraal corticosteroidsparend effect.¹

2. Prof. Kreukniet verwijst naar een onderzoek van Johansson et al. In dit onderzoek wordt nagegaan, wat de invloed van twee inhalatiecorticosteroiden op de cortisolspiegel is. De conclusies zijn gebaseerd op het toepassen van een niet-gangbare methode, nl. het vergelijken van 'area under the curve' (AUC). Bij alle studies naar de invloed van BDP op cortisolspiegels zijn steeds veranderingen in cortisolspiegels als maat voor een eventueel effect gevolgd. Het creëren van de nieuwe grootheid AUC heeft wetenschappelijk gezien geen inhoud, omdat onder andere het aantal punten waaruit de kromme moet worden opgebouwd gering is. Dit betekent, dat de positie van de kromme niet vastgelegd kan worden. Ook de grenzen waartussen het oppervlak moet of mag liggen, liggen niet vast. Kortom, het oppervlak onder de kromme is een inhoudloze grootheid. De aangehaalde waarden over relatieve lokale activiteit zeggen niets over het klinische effect. Weer wordt de grootheid AUC, nu met betrekking tot topische anti-inflammatoire activiteit, gehanteerd. Deze grootheid is niet maatgevend voor de lokale activiteit. Bovendien wordt de activiteit bepaald in de huid en niet in de long. Dus pulmonale activiteitsverhoudingen worden zeker niet door de genoemde waarden gedekt.

3. Kosten per dag (tabel). Dweze wijze van kosten vergelijken is onjuist, omdat ongelijkwaardige dagdoses zijn gehanteerd.

LITERATUUR

- 1 Rafferty P, Tucker LG, Frame MH, Fergusson RJ, Biggs BA, Crompton GK. Comparison of budesonide and beclomethasone dipropionate in patients with severe chronic asthma: Assessment of relative prednisolone-sparing effects. Br J Dis Chest 1985; 79: 244-50.

H. VAN DER VEEN

Nieuwegein, april 1986

Ik dank collega Van der Veen voor zijn aanvullingen. Onder punt 1 staat nog eens uitvoerig vermeld dat inhalatiecorticosteroiden weinig algemene bijwerkingen hebben. Met het onder punt 2 gestelde ben ik het niet eens. Overigens lijkt het me beter dat collega Van der Veen hier in discussie treedt met Johansson et al., wier conclusies door mij slechts geciteerd werden.

De kosten van geneesmiddelen worden bepaald door het