

Pellegrino ED. Philosophy of medicine: towards a definition. *J Med Philos* 1986; 11: 1.

Pellegrino ED, Thomasma DC. Toward an axiology for medicine: a response to Kazem Sagegh-Zadeh. *Metamedicine* 1981; 2: 331-41.

Thomasma D. The philosophy of medicine in Europe: challenges for the future. D. Reidel Publishing Company, 1985: 115-23. (*Theoretical medicine*; vol 6).

Pellegrino ED. Rationing health care: the ethics of medical gatekeeping. *Journal of contemporary health law and policy* 1986. Ter perse.

D.C. THOMASMA
E.D. PELLEGRINO

Maywood, Illinois,
Washington, D.C., USA, May 1986

We thank Prof. Thomasma and Prof. Pellegrino for their serious attempt to bridge cultural and linguistic rifts. I have asked the writers of the bookreview to comment on the remarks of our American colleagues.

Prof. Broekman is of the opinion that a decision made by a doctor for and with the patient is already characterized by the medical model. He upholds his objection against the equalization of that decision with other decisions pertaining to life events. He objects to the individualistic starting point of the authors in their discussion of the doctor-patient relationship, again an expression of the medical model. It is wrong to make a choice between 'metaphysical priority' of individual and society; this would suggest that an individual might exist prior to a society.

Dr. Endtz and Dr. Verbrugh wrote long replies, from which I select the following remarks.

Dr. Endtz: my cry for definitions remains unanswered. Since medicine is universal and medical practice ideally is tending to be so, the first thing to do is to define the words for use. As for me, I am not against a personal approach and I do not object to changing our axioms, but if we want to be understood, we have to know what we are talking about. I am still puzzled by the easiness shown by Prof. Thomasma and Prof. Pellegrino in their use of the terms 'medicine' and 'medical practice'. I eagerly try to follow their discourse but they do not make my trying easier in this way.

Much remains to be said about the supposed identity between 'medical practice' and the 'healing aims of medicine'. Times have changed since Hippocrates stressed the importance of prognosis and we are better armed to intervene in prognosis; but is not this intervention, and thus the healing aim, only part of medical practice?

One word on psychiatry. I am aware that American psychiatrists today are ready to bridge the rift between psychiatry and the rest of medicine.

Dr. Verbrugh: I still have great misgivings about a venture in 'a philosophy and ethic of the healing professions' presented under the title of 'A philosophical basis of medical practice'. One can describe how people go about setting medical matters, particularly how they deal with situations in which there are conflicts of interests and other 'ethical' issues. This is not a 'philosophical' ethics, however, it is sociology or journalism, not philosophical reasoning. This is my main objection to the book.

The authors see 'the actual phenomena of medicine primarily in the clinical event' (page 4), and although this is historically certainly a valid procedure, I would argue that many, perhaps even most issues which are medically-philosophically controversial and relevant have their roots outside the phenomena of the clinical event. The roots of the reasons why people think and feel and act in the way that they do about such issues as euthanasia, abortion, artificial procreation, psychiatric/psychosomatic treatment, the coping ability in the case of cancer and other serious diseases, etc., are not to be found in the phenom-

ena. It can be fruitful to start the discussion on the basis of the phenomena, but I would also want many more examples taken from practice than Thomasma and Pellegrino provide in their book. Indeed, having a second (or, rather a third or fourth) look at their book while writing this reply to their comment, I am again impressed by the paucity of actual medical cases and phenomena. It is from such case-studies that the reader is incited to discover for himself the actual phenomena of philosophy.

This brings me to another point. I 'seem puzzled by a personal, "first person" approach in a scholarly work'. On the contrary, I dearly miss the 'first person' where it would be appropriate, that is to say, in the narration of personal experiences and in the explicit taking of sides in issues. What I consider to be a defect in the book, is the lack of equilibrium between (subjective) personal experience and engagement on the part of the authors, and the absence of any objective philosophy, in the sense that the great lines of philosophical thought as it has developed in the last 25 centuries are not summarized with reference to medicine today.

I like to close this reply by quoting the last section of Dr. Endtz's letter: 'Finally I want to thank Prof. Thomasma and Prof. Pellegrino for having formulated their ideas first in their book, now in their reply. They have been of great help for me in clarifying my own ideas and, I am sure those of many others. The last word will never be said but I hope that the dialogue will continue'.

J. VAN DER MEER
on behalf of
J. M. BROEKMAN,
L. J. ENDTZ and
H. S. VERBRUGH

Amsterdam, July 1986

Zuur en zuur is twee

Het is van belang er steeds weer op te wijzen dat thiaminedeficiëntie vaak miskend wordt. De ziektegeschiedenis die in de klinische les van Strack van Schijndel en Bronsveld (1986; 993-4) gebruikt wordt om dit te illustreren, lijkt echter geen gelukkige keuze te zijn. De schrijvers veronderstellen dat er aanvankelijk een keto-acidose bestond, die na toediening van glucose overging in een lactaatacidose. Het is echter onzeker of de lactaatacidose niet reeds bij eerste opname bestond, aangezien in deze fase het lactaatgehalte niet bepaald werd. Het verlaagde hartminuutvolume van patiënte pleit tegen de diagnose beriberi. Bij de cardiale vorm van thiaminedeficiëntie wordt doorgaans een verhoogde waarde gevonden. Aangenomen wordt dat voor het ontstaan van de cardiomyopathie een thiaminedeficiëntie met een duur van ten minste 3 maanden noodzakelijk is. Bij patiënten met hyperemesis gravidarum kan weliswaar encefalopathie van Wernicke ontstaan als gevolg van thiaminedeficiëntie, maar een echte cardiale beriberi is naar mijn weten bij deze toestand nooit beschreven.

Belangrijker is echter dat de interpretatie van de zuurbasetoestand van patiënte onjuist is. Aanvankelijk bestond er een metabole acidose. Na toediening van 800 ml natriumbicarbonaat bedroeg tijdens beademing van patiënte de pH 7,29, de Pco₂ 50 mmHg en het bicarbonaatgehalte 21,5 mmol/l. (Bij de berekening van deze laatste waarde moet overigens een kleine fout gemaakt zijn omdat volgens de formule van Henderson Hasselbalch bij de gegeven pH- en Pco₂-waarden een bicarbonaatgehalte van 24 mmol/l past.) Op grond van deze tweede bepaling werd de diagnose metabole acidose gesteld, terwijl de verhoogde Pco₂ bij verlaagde pH tot de diagnose respiratoire acidose had moeten leiden. Op zijn hoogst is er sprake van een

gecombineerde stoornis, waarbij het accent echter sterk ligt op de respiratoire acidose, terwijl de metabole acidose afdoende bestreden is door de toediening van natriumbicarbonaat. Uit het bestaan van een verhoogd lactaatgehalte mag men niet zonder meer tot de diagnose metabole acidose besluiten, aangezien het hier om het anion van melkzuur gaat dat ook na correctie van de zuurgraad met natriumbicarbonaat verhoogd zal blijven totdat het normale oxydatieve metabolisme zich hersteld heeft. Het lijkt daarom aantrekkelijker om aan te nemen dat patiënte aanvankelijk een metabole acidose had, waarbij waarschijnlijk vooral een door hypotensie veroorzaakte hypoxie, vorming van ketonlichamen door hongeren en mogelijk ook thiaminedeficiëntie een rol speelden. Later ontstond er een respiratoire acidose die een gevolg moet zijn geweest van een niet optimaal geslaagde beademing. De spontane verbetering na opname zonder additionele toediening van natriumbicarbonaat kan verklaard worden uit het opheffen van de respiratoire acidose door een effectievere beademing.

R. A. P. KOENE

Nijmegen, juni 1986

Wij danken collega Koene voor zijn uitvoerige reactie. Onze klinische les berust op de reconstructie van een ziektegeschiedenis. Wij zochten naar een verklaring voor de verslechtering in cardiaal en neurologisch opzicht bij een patiënte die elders werd opgenomen wegens hyperemesis gravidarum en die tevoren gezond was. Wij maakten daarbij gebruik van de beschikbare gegevens. Achteraf bleken deze, zoals ook werd vermeld, niet volledig te zijn. Duidelijk is echter dat de patiënte bij opname metabool acidotisch was en na aanvang van infusie van een glucose-oplossing verslechterde. Bij voortgaande glucose-infusie ontstond daling van het bewustzijn, de acidose nam toe en er ontstonden levenbedreigende ritmestoornissen. Als we ons later realiseren dat patiënten met een hyperemesis gravidarum tot de risicogroepen voor een thiaminedeficiëntie behoren, is

het geschetste ziektebeloop, in combinatie met de later gevonden sterk verhoogde lactaatspiegel, reden om een thiaminedeficiëntie als oorzaak aannemelijk te achten.

Collega Koene schrijft een deel van de verschijnselen toe aan een respiratoire stoornis. Hij gaat hiermee voorbij aan de zuurgraad, welke juist vóór het ontstaan van de ritmestoornissen werd bepaald. De acidose had zich op dat moment verdiept, het bicarbonaatgehalte was verder gedaald, patiënte had hyperventilatie ter compensatie en was zeker niet hypoxemisch (pH 6,98, Pco₂ 19 mmHg, standaardbicarbonaatgehalte 4,1 mmol/l, Po₂ 100 mmHg). Achteraf gezien was het beter geweest deze bloedgasanalyse in haar geheel in het artikel op te nemen in plaats van te volstaan met vermelding van de zuurgraad.

De interpretatie van de derde bloedgasanalyse door collega Koene is zeker juist: er bestond een gecombineerde respiratoire en metabole acidose. Onze verklaring van het sterk verhoogde lactaatgehalte op dat moment, bij het ontbreken van eerdere bepalingen, past bij de door ons veronderstelde thiaminedeficiëntie, maar kan ook, zoals collega Koene doet, anders worden uitgelegd.

Tenslotte is de bepaling van het hartminuutvolume pas gebeurd nadat patiënte thiaminesuppletie had gekregen en terwijl er een aspiratiepneumonie bestond. Hoewel voor het ontstaan van een vitamine B₁-deficiëntie in de literatuur inderdaad een tijdsduur van drie maanden wordt genoemd, zal de duur van deze periode afhankelijk zijn van de thiaminevoorraad bij aanvang van de al of niet totale deprivatie en is het waarschijnlijk dat deze periode in de zwangerschap, ten gevolge van een groter verbruik, korter is. Wij zijn met collega Koene van mening dat het belangrijk is te wijzen op de gevaren van een miskende thiaminedeficiëntie. Naar ons oordeel bevatte de ziektegeschiedenis voldoende gegevens om hieraan een klinische les te wijden.

R. J. M. STRACK VAN SCHIJNDEL
W. BRONVELD

Amsterdam, juli 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Querido-stipendium

Het bestuur van het Praeventiefonds heeft in 1980 het Querido-stipendium ingesteld, bedoeld ter bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland. Het stipendium wordt jaarlijks toegekend aan ten hoogste één persoon.

– Het is bedoeld als toelage voor noodzakelijk te maken kosten voor het in het buitenland volgen van een opleiding of een programma aan een erkend opleidings- en (of) onderzoeksinstituut, gericht op toepassing in de preventieve gezondheidszorg, die niet in Nederland kan plaatsvinden

– In aanmerking komen Nederlandse afgestudeerden tot 40 jaar in beroepen op het gebied van de preventieve gezondheidszorg

(a) die blijf hebben gegeven de te ondernemen studie of opleiding met succes te kunnen voltooien, (b) van wie in redelijkheid verwacht mag worden dat zij een belangrijke bijdrage zullen leveren aan de bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland en (c) die niet anderszins in staat worden gesteld de gewenste studie of opleiding te volgen.

Aanvragen moeten vóór 1 januari van het jaar waarvoor ze gevraagd worden, vergezeld van een curriculum vitae, een studie- of opleidingsprogramma, een begroting en andere relevante gegevens, ingediend worden bij het secretariaat van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3, 2582 SC 's-Gravenhage, tel. 070-540300. Nadere inlichtingen worden via het secretariaat verstrekt.