

Verborgen gevaren

DOOR DR. L. FAÇEE SCHAEFFER, HUISARTS TE AMSTERDAM

De patiënt, wiens ziektegeschiedenis de aanleiding vormt tot dit stuk kwam in het voorjaar van 1958 voor het eerst op mijn spreekuur.

Hij is een vijftiger, geboren in 1907. Zijn korte gedrongen gestalte, de donkere ogen en de vale, gelige huidskleur geven hem iets mediterrane, maar hij mist volkomen het traditionele zonnige dat wij zo gaarne verbinden aan de streken rondom de Middellandse Zee. Hij heeft iets zorgelijks, iets klagerigs, iets ontevredens over zich; hij lijkt mij een lastig man. Zijn vak is spantenbouwer en ik heb een vermoeden, dat het in die branche moeilijk is met tevredenheid terug te zien op gedane arbeid. Wellicht is dat de grond voor zijn ontstemming. Zijn bedrijfsarts, met wie ik al gauw contact heb, omschrijft hem als „mijn lastige klant”. Toch wordt zijn komst in mijn praktijk niet begeleid door een medisch dossier. Weliswaar kent niet elke huisarts de hartstocht van een Bicker Raye, getrouw „Het merkwaardigste mijn bekend” te noteren, maar ook later blijkt nooit iets van een belangrijke ziekte vóór dit jaar.

In de loop van drie jaar worden de meest uiteenlopende klachten van hem genoteerd:

1958: pijn in de rechterarm en „zo moe in de benen”; later: aanvallen van pijn op de borst. Via de controle wordt hij door een internist nagekeken: geringe afwijkingen in het electrocardiogram, cave echte angina pectoris. Hij klaagt later echter nooit meer over deze aanvallen.

1959: hardnekkige knieklachten, toegeschreven (tenslotte) aan een overrekt ligamentum collaterale.

1960: onrust in de benen; dermatitis in de oksel (misschien door jodium); fisteltje interdigitaal III-IV; last van uitpuilen van het linker oog (congenitaal, zegt de oogarts).

Een en ander zijn maar bijzaken, al maken ze wel dat ik zucht als ik de man de spreekkamer zie binnenkomen. Het blijkt dat we onze belangstelling moeten richten op het hoesten van patiënt. Hij doet dit sedert 1956, zegt hij, aanvankelijk weinig en met tussenpozen. In 1958 hoor ik wat bronchitische geruisen, die een maand later verdwenen zijn. Langzamerhand wordt de hoest hardnekkiger, hij klaagt vaker en begin 1960 ziet de longarts hem voor het eerst. Er wordt emyseem gevonden en een spastische bronchitis. Af en toe brengt hij enkele dagen in bed door maar objectief is daarvoor niet altijd een reden te vinden. Geleidelijk aan wordt hij een astmatische man met herhaalde luchtweginfecties.

30 januari 1962 ligt hij weer in bed; er is dan evenwel niets te horen, hij heeft geen koorts. 12 februari is hij moe en benauwd; de temperatuur is dan 37,8° C, er is een furunkeltje in de nek. De urine wordt op glucose onderzocht, uitslag negatief. Hij krijgt dan negen Lederkyntabletten: twee dagen twee per dag, daarna een per dag. 15 februari blijkt de temperatuur gestegen tot 38,8° C; hij is kortademig en klaagt over de keel. De gelaatskleur is goorbleek. Bloedonderzoek levert een bezinkingssnelheid van 55/120 mm, een hemoglobinegehalte van 55 procent (Sicca); de bloeditstrijk vertoont een sterke lymfopenie; in het gehele preparaat vind ik slechts drie segmentkernigen, de rest zijn lymfocyten. De man wordt met spoed opgenomen en is enkele weken later overleden.

Toen ik bij patiënt een agranulocytose had gevonden, ben ik teruggegaan om hem te vertellen, dat hij moest worden opgenomen. Naast zijn bed stonden de medicijnen: twee soorten poeders van de specialist tegen het astma, een laxeermiddel, het doosje met de laatste Lederkyntabletten. Maar er stond ook een flinke doos met enige tientallen tabletten, die ik nooit eerder had gezien. Zijn vrouw verklaarde: „Ja, hij heeft net zijn tablet ingenomen, die heeft hij de laatste maal van de

specialist gekregen. Ik berg ze altijd meteen weer op, want hij mag er maar één per dag hebben.” De doos bevatte Orisul (sulfaphenasolum). Patiënt was op 10 januari het laatst bij de specialist geweest.

Alhoewel dit het verhaal is van een patiënt die sterft aan een agranulocytose, waaraan een langwerkend sulfapreparaat schuldig lijkt te zijn, is dat niet de reden waarom ik het vertel. Evenmin is de lange duur van de sulfa-toediening de reden. Daarover matig ik mij geen oordeel aan, alhoewel ik uit de recente literatuur leer, dat toediening langer dan vijf dagen zinloos en gevaarlijk is. Ik weet evenmin, of deze wetenschap drie jaar geleden ook al tot onze geestelijke bagage behoorde. Aanleiding voor dit artikel is wel dat doosje met tabletten, dat daar zo plotseling uit het niet verschijnt. Te zeggen, dat het mij aangrijsde, ware te theatraal, maar het heeft mij achtervolgd, wekenlang. Er zijn blijkbaar patiënten die gevaarlijke, levensgevaarlijke, medicijnen gebruiken zonder dat ik daar van weet. Over dit probleem handelt dit artikel.

De specialist van wie hier sprake is, pleegt zeer regelmatig rapportjes over onze gezamenlijke patiënten te sturen. Ook over deze man kreeg ik er een aantal.

25/2/60 eerste rapport; afschrift van de voorgeschreven poeders.

30/9 status quo. Bloedbezinkingssnelheid 23 mm.

7/11 wegens infectie een Orisulkuurtje van vijf dagen (het goede resultaat hiervan deed mij later de kuur herhalen).

15/7/61 kweek: veel pneumococcus en Haemophilus influenzae; patiënt krijgt zes gram chloramfenicol.

18/8 controle.

10/1/62 recidiverende infecties.

Maar de therapie ontbreekt ditmaal.

Ik deel deze gegevens mede om uit te laten komen, dat er een regelmatige reeks rapporten bestaat, die mij uitstekend op de hoogte schijnen te houden, en om duidelijk te maken, waarom ik de ommissie met betrekking tot de sulfatabletten niet beschouw als een slordigheid. Het is veeleer zo, dat deze collega niet begrijpt, hoe belangrijk het is dat de huisarts volledig wordt ingelicht.

Het probleem liet mij niet meer los. Hoeveel van mijn patiënten nemen dergelijke gevaarlijke medicijnen in, zonder dat ik het weet? En wat zijn „gevaarlijke medicijnen”? Mogen wij *Snapper* geloven, dan is ieder geneesmiddel gevaarlijk; misschien uitgezonderd de opiaten. Maar laten wij ons beperken tot de volgende groepen: bijnierschorsderivaten, psychofarmaca, sulfapreparaten, breedsppectrum-mantibiotica en middelen als phenylbutazonum, chloroquinum en dergelijke.

Ik ben begonnen een groot aantal specialisten-rapporten na te lezen en in het bijzonder te letten op mededelingen over de toe te passen therapie. Het bleek spoedig dat praktisch al deze verslagen over het eerste onderzoek van de patiënt een therapie-clausule bevatten. Eén collega slechts volstaat met de stereotype zin „ik zal patiënt(e) in behandeling nemen”.

Voor een aantal patiënten blijft het niet bij een specialistisch advies, maar zij worden in behandeling genomen en blijven dat, soms jaren lang. Gedurende die tijd wordt de therapie gewijzigd, soms zeer ingrijpend. Vaak komen dan de gevaarlijke stoffen aan bod. Van deze wijzigingen ontvangen wij, huisartsen, lang niet altijd bericht. Systematisch onderwerpen van ieder, die langer dan enkele maanden specialistisch behandeld wordt, leerde mij al spoedig hoe zelden deze wijzigingen worden doorgegeven aan de huisarts. Soms is het mogelijk voorschriften op ter herhaling aangeboden doosjes te kopiëren. Bij ieder bezoek aan het gezin even de medicijnen te controleren, is ook een methode.

Natuurlijk schuilt de moeilijkheid niet in het feit, dat deze mensen gevaarlijke geneesmiddelen krijgen: zij worden daarvoor, naar ik mag aannemen, door de specialist gecontroleerd. De narigheid begint pas wanneer de zieke meent aan een andere ziekte te lijden dan die waarvoor hij onder specialistische behandeling is.

Mevrouw De B. voelt zich sedert een aantal weken niet lekker. Zij is wat misselijk, heeft geen eetlust, zij klaagt over een „vieze keel”. Zij zou erg afgevallen zijn, maar zij blijkt in februari 1964 evenveel te wegen als een jaar te voren. Half maart wordt de urine erg donker en kort daarna blijkt zij duidelijk icterisch te zijn. De urine toont een sterk positieve reactie op urobiline en op bilirubine.

In 1942, zij was toen 46 jaar, is zij geopereerd wegens galstenen, maar in 1962 heeft zij weer een heftige „galaanval” gehad. Verder vind ik vermeld, dat zij in 1959 is bestraald wegens een peri-arthritis humeroscapularis; in 1962 schrijft de reumatoloog, „misschien beginnende reumatische arthritis”, zij krijgt kwartslampbestraling.

Haar dochter heeft kort geleden ook geling gehad, vertelt patiënte. Het blijkt dan, dat zij al sedert ongeveer een jaar Resochin (chloroquinum) tabletten gebruikt voor de reumatiek. Wij moeten dus voor de diagnose niet alleen rekening houden met een recidief van de galstenen of hepatitis infectiosa maar ook met icterus tengevolge van Resochin. En inderdaad, de foto's toonden wijde goedgevulde galwegen en geen stenen; een enige malen herhaald uitvoerig onderzoek van de leverfuncties deed de diagnose stellen op hepatose (door Resochin).

Bloed en urine van patiënte werden in het laboratorium van de reumatoloog regelmatig gecontroleerd. Maar omdat de patiënte geen verband zag, heeft ze daar niet over haar klachten gesproken. Daar deze hepatose geen gewone complicatie van Resochinegebruik schijnt te zijn, kunnen wij met alle recht van een „verborgen gevaar” spreken.

Het is merkwaardig, (ik heb dat echter alleen uit de mond van patiënte) dat ook de dochter, die geling had gehad, „dezelfde tabletten heeft gebruikt”, maar dat hoorde ik pas veel later.

Laat ik geen lijsten en tabellen geven van de vele gevaarlijke geneesmiddelen, die ik zo achterhaalde, hoewel het er ontstellend veel zijn. Beter lijkt mij met wat casuïstiek te belichten, op welke wijze wij met de verborgen gevaren in aanraking kunnen komen.

Een eenvoudig probleem is het volgende geval. Een oudere man klaagt dat hij zo suf wordt van zijn medicijnen. Zijn kaart vermeldt de samenstelling niet maar op de verpakking staat deze gelukkig wel. Zo blijkt dat de patiënt 600 mg Pro-minal (methylphenobarbitalum) per dag slikt omdat zowel de huisdarts als de hartarts een sedativum nodig vonden.

Soms blijkt er meer ergernis dan gevaar verborgen te zijn.

Een 50-jarige dame is bij mij onder behandeling wegens een fikse hypertensie, schommelend tussen 180/95 en 220/110 mmHg. Behalve de gebruikelijke medicamenten schreef ik haar een streng zoutloos dieet voor. Elders werd zij voor knieklachten, wellicht een arthrosis deformans, behandeld. Toevallig blijkt dan, dat zij al geruime tijd een drank krijgt die 20 gram bicarbonas natricus blijkt te bevatten. „Voor de spataders” zegt de patiënte; de ratio hiervan ontgaat mij.

Dat het ontbreken van de nodige informatie kan leiden tot spannende toestanden leert het volgende geval.

Op zekere zaterdagavond waarschuwt een zenuwachtige vrouw mij, dat haar man zelfmoord tracht te plegen. Hij heeft een heleboel — wel 20 of 30 — tabletten-van-de-specialist tegelijk ingenomen. Het lege buisje heeft ze meegebracht, maar daar blijkt zoetstof in te hebben gezeten. En ja, ze herinnert zich nu, dat het oorspronkelijke kartonnen doosje stuk is gegaan en werd weggegooid.

Ik zocht zijn kaart op, maar de aard van zijn tabletjes werd niet vermeld. Daarna bel ik de specialist op, maar vergeefs; de zaterdagavond is een zeer slechte avond om iemand thuis te treffen. De vrouw wordt naar huis gestuurd om te zien of er toch niet ergens nog een tabletje is te vinden.

De man, die nu 46 jaar is, ken ik sedert 1958. Hij brengt een geschiedenis mee van vele contacten met zenuwartsen, opname in een zenuwinrichting, buien van zwaarmoedigheid en enkele pogingen tot zelfmoord. In 1960 wordt hij slachtoffer van de overstroming die het tuindorp Oostzaan treft. Hij reageert hierop met een nieuwe zelfmoordpoging. In november 1961 sterft zijn eerste vrouw plotseling, waarna hij weer zwaarmoedig wordt, en enkele malen een zelfmoordpoging doet. Hij wordt dan opgenomen en na tien dagen „genezen” ontslagen.

Een jaar later heeft hij een nieuwe vrouw; in februari 1964 zakt hij voor het rij-examen en neemt hij alle tabletten in, die hij nog heeft. Allemaal op één na, want die was onder het bed gerold en door de vrouw gevonden en bij mij gebracht. Toen restte mij slechts hier en daar te informeren, wat er gebeurde als men tien tot twintig tabletten Librium-10 (chlordiazepoxydum) tegelijk innam. „Helemaal niets” was men van mening en terecht. Opgelucht vertelde de vrouw mij de volgende morgen, dat haar man heerlijk had geslapen en „reuze spijt” had.

Het had ook anders kunnen lopen. Door een toeval is deze man in ieder geval aan de onaangename behandeling met een maagslang en een even onaangename opname ontsnapt.

De heer P. laat mij komen omdat hij zo'n maagpijn heeft. Ik ken hem al jaren en weet, dat hij al in 1940 een maagzweer had, waarvoor hij een kuur deed. In 1961 kuurde hij voor het laatst wegens een ulcus duodeni. Daarna krijgt hij in toenemende mate last van reumatische pijnen. In hetzelfde jaar gaat hij voor het eerst naar een longarts voor een hardnekkige bronchitis. Hij krijgt dan eerst een penicillinekuur en, na het vinden van resistente bacteriën (Haemophilus influenzae, pneumococci), ook chloramfenicol. In januari 1962 en in maart 1964 krijg ik van de internist berichten over onderzoek in verband met de hevige maagpijnen.

De benauwdheid neemt steeds toe en er ontwikkelt zich een ernstige bronchitis asthmatica. Toen ik patiënt in april 1964 bezocht had hij, behalve de pijn in de maagstreek een sterke

dyspnoe en klaagde hij over benauwdheid. Wij zijn samen nauwkeurig nagegaan, welke medicijnen patiënt kreeg voorgeschreven. Er waren „maagpoeders”, verder astmapoeders (met neofylline, efedrine, extracium belladonnae, fenobarbital), zetpillen met eufylline 480 mg en prednison-tabletjes. Van deze laatste wist ik niets; hij had ze al eens eerder ingenomen, maar hij kon zich niet herinneren of er verband bestond tussen zijn pijnperiodes in de afgelopen tijd en het innemen van deze tabletjes. Het duurt geruime tijd voor pijn en benauwdheid afzakken; na een dag of tien gaat het wel weer met hem.

In mei komt hij op het spreekuur, weer met maagpijn. Nu blijken er in zijn poeders 2/12 mg prednison te zijn verwerkt.

Overigens wil ik het slot van ons „medicijnen-gesprek” in april niet verzwijgen. Toen ik dacht, dat ik het allemaal wist, zei hij: „O, ja, dan heb ik nog een doos met rommel”, hij kwam op de propfen met een doos met Terramycinecapsules (oxytetracyclinum). Inderdaad had de longarts mij in november geschreven, dat hij een proef zou nemen met deze capsules, en dat hij, als het resultaat gunstig zou zijn, deze gedurende de gehele winter aan patiënt zou voorschrijven. Dat blijkt inderdaad te zijn gebeurd; alleen schreef patiënt een vorige maagpijnaanval eraan toe, daarna nam hij ze niet meer in. Helaas was hij niet op de hoogte van de kostbaarheid van deze medicijn. Hij had gewoon iedere maand zijn recept gehaald en de capsules aan zijn melkboer gegeven; die moest ze ook hebben en de arme man was niet in een ziekenfonds.

Ik vermeldde alleen die gevallen waarbij het onbekend zijn met een voorgeschreven belangrijk medicament een rol van betekenis speelde. Het aantal gevallen, waarin ik door naarstig vragen gevaarlijke medicijnen op het spoor kwam, zonder dat zij op dat moment kwaad stichtten, is aanzienlijk groter. Om misverstand te voorkomen wijs ik er met nadruk op, dat al deze gevallen zijn vermeld in ongeveer drie maanden tijd (februari tot april 1964). Ik moet dus aannemen, dat het een algemeen verschijnsel is: veel van onze patiënten nemen gevaarlijke stoffen in, zonder dat de huisarts daarvan op de hoogte is. Dit is stellig geen kritiek op de praktijkvoering van bepaalde specialisten, het is het signaleren van een tekort aan communicatie tussen twee groepen artsen.

Als eerste, maar zeker nog onvoldoende maatregel tot verbetering, controleer ik, bij ieder ter tekening aangeboden herhaal-verwijsformulier, of de medicatie die het laatst werd voorgeschreven mij bekend is. De indicatiestrook van het formulier zelf maakt ons meestal niet veel wijzer, als er al iets op staat, is het in de regel onleesbaar. De nieuwe in Amsterdam ingevoerde formulieren bieden nog minder gelegenheid om informatie over te dragen. Klopt de zaak niet, dan gaat de herhaling vergezeld van een briefje met het verzoek opgaaf te doen van de recente medicatie. Dit leek aanvankelijk een ondoelmatige methode, totdat ik mij realiseerde, dat het vaak maanden duurt voor het formulier weer bij de specialist terecht komt. Inderdaad werden de meeste van mijn briefjes dan ook pas na verloop van tijd beantwoord.

Alleen een verbeterde communicatie kan hierin verandering brengen, maar dit betekent meer schrijfwerk, hetgeen niet iets is waar beide partijen naar verlangen. De verborgen gevaaren belagen echter onze patiënten en een gewaarschuwd man telt voor twee.

* * *

In 1962 sterft een van mijn patiënten aan agranulocytose; pas in 1964 komt daarop deze reactie. Een rechtvaardiging van dit lange wachten moge hier volgen. De dood van deze patiënt greep mij sterk aan, maar het was een geval en nog geen probleem. Merkwaardigerwijs kwam er geen verandering in mijn gevoel van onbehagen toen ik bericht kreeg, dat de beenmergpunctie een acute leukemie als oorzaak van de agranulocytose en van de dood onthulde.

Ruim een jaar later kreeg ik de gelegenheid mijn gedachten te ordenen en het verhaal als causuïstiek te brengen op een vergadering van het Centrum Amsterdam van het N.H.G. Hier was men echter in het geheel niet onder de indruk van mijn probleem, misschien omdat ik zo eerlijk was, de uiteindelijke diagnose te vertellen. Toen deze poging tot afreageren niet gelukte, ben ik mijn onderzoek begonnen: hoe vaak komt zo iets voor? Mijn geval was mijn probleem geworden. Toen ik enige maanden lang ijverig had genoteerd verschenen kort na elkander twee artikelen — (1964) Ned. T. Geneesk. 108, 704 en 765 — waarin hetzelfde probleem ter sprake kwam. Onvoldoende communicatie, vooral over het gebruik van corticosteroiden, maar ook betreffende dat van Novalgin (novaminsulfonum) leidde tot gevaar voor en zelfs tot verlies van het leven. Het mededelen van mijn ervaringen hield ik toen voor overbodig.

Een derde publikatie verscheen enkele maanden later. Hierin schreef *Pearce* over complicaties ontstaan tijdens narcose, doordat de narcotiseur niet op de hoogte was van de tevoren gebruikte geneesmiddelen. De huisarts was in dit geval de schuldige. *Pearce* gaf de volgende oplossing: „... hoewel het dikwijls niet gewenst is een patiënt alle bijzonderheden omtrent zijn ziekte mede te delen behoort hij toch te weten welke farmaca hij ontvangt. Dat niet een ieder in staat is moeilijke namen te onthouden nog minder uit te spreken zal u duidelijk zijn. Het verstrekken van een „geneesmiddelenbriefje” ligt voor de hand; een soort gezondheidspaspoort waarin „stofnaam” en dosis van alle voorgeschreven middelen vermeld staan.”

Dit voorstel gaat mij te ver. Het kan zeker nodig zijn dat een patiënt weet, dat hij gevaarlijke geneesmiddelen gebruikt, zelfs dat hij de naam ervan op een briefje bij zich draagt, maar laat de huisarts hierover beslissen. Laat men geen voorstellen als deze doen zonder de huisarts zelfs maar te noemen, daarbij suggererend, dat deze maar op het pasje moet kijken, als hij wat wil weten. Straks komt een dergelijke regel voor de specialistenrapporten en tenslotte beheert de patiënt ook nog onze cartotheekkaart.

Wanneer wij ernst willen maken met de opvatting dat de huisarts de centrale figuur is in het geheel der geneeskundige verzorging dan moeten wij er niet alleen voor zorgen, dat wij de best-geïnformeerde instantie zijn. Maar tevens dat wij deze informatie steeds en volledig doorgeven. In beginsel is elke huisarts, die verzuimt gegevens, ook nega-

tieve, te verstrekken, schuldig, evenals iedere specialist schuldig, die bij het ontbreken daarvan, er niet naar informeert. Hoe vaker wij informatie doorgeven, des te meer verdienen wij de titel „centrale figuur” en hoe vaker de specialist ons moet bellen des te meer lopen wij gevaar deze belangrijke plaats te verspelen. Toen tenslotte het „bureau bijwerkingen geneesmiddel” zo nadrukkelijk onze hulp vroeg, leek mij het ogenblik gekomen, dit artikel te publiceren.

Samenvatting. Verborgene gevaren vormen de gevaarlijke

geneesmiddelen die onze patiënten gebruiken zonder dat de huisarts ervan op de hoogte is. Een onderzoek in eigen praktijk leerde de schrijver, dat het verschijnsel verontrustende afmetingen aanneemt.

Summary. Hidden dangers. Hidden dangers are the noxious drugs which patients use without informing their family doctor. An investigation in his own practice taught the author that the phenomenon is assuming alarming proportions.

Pearce, C. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1893.

Snapper, I. (1960) *Bedside Medicine.* Grune en Stratton, New York-Londen.

Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk; inleiding therapie*

DOOR PROF. DR. J. GOSLINGS

In de eerste plaats enkele principiële punten. Men moet zich er van bewust zijn dat ons inzicht in oorzaak en ontstaanswijze van deze ziekten nog zeer gebrekkig is. Bij het acuut reuma staat het vast dat een voorafgaande infectie van de bovenste luchtwegen met beta-hemolytische streptokokken A Lancefield obligaat is voor het ontstaan van de ziekte, doch waarom slechts één procent van de geïnfecteerde personen acuut reuma krijgt, is ons onbekend. Ons inzicht in de pathogenese wordt niet verdiept door te spreken over constitutionele factoren of „host factors”.

Het feit dat infecties met streptokokken effectief te bestrijden zijn met penicilline moet, indien men alle streptokokken-infecties der bovenste luchtwegen tijdig met penicilline zou kunnen behandelen, theoretisch kunnen leiden tot het voorkómen van het acuut reuma. Nog geheel afgezien van de moeilijkheden van de differentiële diagnose ten opzichte van virus-infecties en van het feit dat slechts ongeveer een procent der geïnfecteerde personen gevaar loopt acuut reuma te krijgen, waardoor de nog omstreden vraag is gerezen of het verantwoord is zoveel personen nodeloos de — zij het geringe — risico's van penicilline-therapie te bezorgen, bestaat er de volgende praktische moeilijkheid. Een groot deel van de keelinfecties dat aan de eerste aanval van acuut reuma voorafgaat, verloopt met uiterst geringe verschijnselen of zelfs geheel subklinisch, zodat de patiënt geen medische hulp vraagt.

Bij het uitbreken van de eerste aanval van acuut reuma kan men nog proberen een hooggedoseerde penicillinekuur te geven, doch het effect hiervan op het verdere beloop van de aandoening blijft omstreden. Wel is het mogelijk gebleken om door constante penicilline-profylaxe na de eerste aanval van acuut reuma, recidieven van deze ziekte door het tegengaan van nieuwe streptokokken-infecties te voorkomen. De prognose van vele gevallen wordt

hierdoor gunstig beïnvloed. Het — zij het nog slechts gedeeltelijk — verkrijgen van inzicht in oorzaak en ontstaanswijze van het acuut reuma heeft dus reeds tot duidelijke therapeutische resultaten geleid. In het volgende artikel van De Blécourt over beloop en prognose zal men kunnen lezen dat er hoe langer hoe meer argumenten zijn om bij de reumatoïde arthritis de aanwezigheid van erfelijke factoren aan te nemen. Het is echter niet bekend waar deze factoren zijn gelokaliseerd en hoe zij werken. Hetzelfde geldt voor de spondylitis ankylopoëtica (morbus Bechterew), ook deze ziekte komt vaak familiair voor, maar het hoe en waarom is niet bekend.

Indien men de arthrosis deformans als een, min of meer fysiologisch, degeneratief verouderingsverschijnsel opvat, blijft nog de vraag te beantwoorden waarom deze aandoening bij de ene patiënt veel eerder optreedt dan bij de andere. Over de jicht is men de laatste jaren door isotopenonderzoek met gemerkte stikstof veel beter ingelicht wat betreft de verschillende mogelijkheden van stoornissen in de stofwisseling van de purine-eiwitten. Het is echter nog geheel onduidelijk waarom op een bepaald ogenblik een klinisch manifeste jichtaanval ontstaat. Ook hier heeft onze nog slechts gedeeltelijke kennis over de ontstaanswijze van de ziekte toch reeds tot resultaten geleid. Het is mogelijk met bepaalde middelen de hyper-uricemie en de daardoor ontstane uraatneerslagen in de weefsels te voorkomen of gedeeltelijk weer tot resorptie te brengen, terwijl zodoende ook het aantal aanvallen vermindert. Er is echter bij vele van deze ziekten nog geen sprake van een volledige causale therapie en onze behandeling van de klinische ziekteverschijnselen is nog grotendeels empirisch.

Bij het tweede principiële punt, namelijk de kritische beoordeling van deze empirische therapie, komen vele moeilijkheden naar voren. Zoals bekend kunnen niet alleen de symptomatologie maar ook het beloop en de prognose een zeer pleomorfe beeld vertonen en van geval tot geval sterk uiteen lopen.

* Huisartsencursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.