

INGEZONDEN

Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten



STERIELE INJECTIESPUITEN IN DE PRACTIJK

Het artikel van dr F. DEKKING (*N. T. v. G.*, 95, 2114, 1951) heeft gedeeltelijk zijn doel bereikt, nl. dat ik mij ervan bewust ben met mijn Paratus in alcohol, de handschoenen en catheters in formol, de hele dag te zondigen tegen de steriliteitsbegrippen van tegenwoordig.

Maar hoe moet het dan wel? M.a.w. hoe moet de huisarts zijn injectiespuiten, naalden, handschoenen, catheters en dgl. steriliseren? Hoe houdt hij ze steriel? Hoe vervoert hij ze steriel?

Ik herinner me niet in mijn studietijd over dit onderwerp iets gehoord te hebben en de praktijk (het belangrijkste) doet men op in de verschillende waarnemingen; uit artikelen als bovenstaande blijkt dit ontoelaatbaar te zijn.

Zou het niet mogelijk zijn in het *Tijdschrift* in deze leemte te voorzien, in de vorm van artikelen, geschreven door deskundigen die ook weten met welke moeilijkheden de meeste huisartsen te maken hebben?

Harlingen, 25 Juli 1951

TJ. H. HUT

Naar aanleiding van de artikelen van VOORHORST en DEKKING (*N. T. v. G.*, 95, 29, 2108 en 2114) wil ik een paar opmerkingen maken.

Indien inderdaad onvoldoende gesteriliseerde spuiten en naalden de oorzaak zijn van serumhepatitis en indien wij de stelregel: „Iedere patiënt zijn eigen injectiespuit” aanvaarden, moet dat tot belangrijke consequenties leiden. De consequenties voor de huisarts (de Paratus is dan immers uit den boze) wil ik hier buiten beschouwing laten; ik wil er echter op wijzen, dat massa-injecties (inenting) daardoor vrijwel onmogelijk worden.

Indien DEKKING schrijft, dat volgens zijn ervaring massa-inenting met ongeveer 20 spuiten wel uitvoerbaar zijn; dan kan dit misschien voor een goed geoutilleerde Geneeskundige Dienst in een grote stad opgaan, voor de meeste plaatsen zal het echter onmogelijk zijn. Afgezien van het feit, dat 20 spuiten eigenlijk nog te weinig zijn om een vlotte gang van zaken te waarborgen, aangezien bij een massa-inenting in korte tijd meestal een paar honderd kinderen moeten worden geholpen, kan ik mij niet indenken, dat er vele Diensten in de gelegenheid of bereid zullen zijn, de hoge kosten, die daaraan zijn verbonden, te maken. Er zijn immers niet alleen 20 spuiten nodig — en eigenlijk nog meer dan 20, gezien de onvermijdelijk grote slijtage — maar ook 20 sterilisatoren, om de spuiten roulerend te kunnen uitkoken. Afgezien van de kosten vraag ik mij af, vanwaar de hierbij nodige geschoolde helpsters in een plattelandsgemeente moeten komen. Ook zal het wel niet vaak gebeuren, dat, waar deze inenting in een school, verenigingsgebouw of dergelijke moeten plaats hebben, de outillage zodanig is, dat de spuiten en naalden onder de inenting op de geschetste manier kunnen worden gesteriliseerd (water, stopcontacten enz.). Overigens geldt dit niet alleen voor inenting, maar ook het massale onderzoek van schoolkinderen op tuberculose met de reactie van PIRQUET wordt onmogelijk, indien het flamberen niet meer voldoende is.

Wij moeten dus kiezen of delen. Of wij gaan door met inenting met het gevaar van serumhepatitis, of wij staken alle massa-inenting met het gevaar van diphtherie of andere epidemieën.

Zoals de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid ons ten aanzien van pokken-inenting met het oog op het gevaar van post-vaccinale encephalitis richtlijnen heeft gegeven (geen primo-vaccinatie na het 2e levensjaar!) zo lijkt mij ook hier een taak voor de Inspectie weggelegd, die de artsen richtlijnen in deze dient te geven.

Oss, 9 Augustus 1951

P. WINTERNITZ

Vóór ik mijn artikel schreef, raadpleegde ik enkele huisartsen aangaande de uitvoerbaarheid der genoemde sterilisatiemethodes. Twee pasten deze reeds zelf toe, één achtte ze onuitvoerbaar, maar moest na enige discussie toegeven dat zijn bezwaren overkomelijk waren. De beide publicaties, waaraan ik een groot deel mijner gegevens ontleende, zijn overigens ook voor (Zwitserse en Engelse) huisartsen geschreven. Bij goed lezen blijkt slechts de Paratus met alcohol ontoelaatbaar te zijn; de Paratus met alcohol/formaline is — met de genoemde beperkingen — een aanvaardbaar compromis, mits de inhoud b.v. eens per maand (liefst vaker) wordt ververst.

Voor roulerend uitkoken van twintig spuitjes is slechts één sterilisator nodig, waar de spuitjes in volgorde van inleggen 5 minuten later weer worden uitgenomen. Het getal twintig is gebaseerd op het verrichten van drie injecties per minuut (180 per uur); er liggen steeds 15 à 16 spuitjes in de pan, drie er buiten, één in de hand; zo heeft iedere spuit een minuut om af te koelen. Bij een gelijk aantal injecties slijten twintig spuitjes ieder 19/20 minder dan één spuit. Onze ervaring is verkregen met de proef van SCHICK bij de studenten op het practicum. Indien collega WINTERNITZ een minimum outillage een goede outillage noemt, dan is het Laboratorium voor de Gezondheidsleer goed geoutilleerd.

Mijn boutade tegen het flamberen betrefte de gewoonte om pincetten, scalpels en zelfs canules in de vlam te „steriliseren”. Een goed geflambeerde (dwz. *uitgeglouide*) vaccinostyle of entnaald is natuurlijk nog wel enkele malen te gebruiken voor een pokkenvaccinatie, PIRQUET-reactie of oorlelprik om bloed af te nemen, maar ook hier lijkt mij uitkoken (of weggoeien!) verkieslijker.

Voor al met vaccineren wordt tegen de (toch al zo verbazend oude) stelregel van de „vaccinostyle individueel” op de gruwelijkste wijze gezondigd: zo hoort men dat gehele dorpen met één gillette-mesje (!), legeronderdelen met één (oude) vaccinostyle zijn geënt (anno 1951). Het is in het geheel niet onmogelijk, dat het ontstellend grote aantal gevallen van encephalitis postvaccinalis, de laatste jaren in Nederland waargenomen, mede aan dergelijke methodes is te danken.

De arts die sceptisch staat tegenover de, reeds vaker, geformuleerde minimum-eisen voor de steriliteit van instrumenten, omdat hij steeds met onsteriele instrumenten heeft gewerkt „en daar nooit ongelukken van zag” bedenke, dat de kans op ongelukken uitermate klein is (maar groot genoeg om aan strenge eisen de hand te houden) en dat zijn ervaring slechts 1/4.000 bedraagt van die van alle Nederlandse artsen. Enerzijds ken ik een (buitenlandse) chirurg die zijn spuitjes slechts schoonspoelt onder de kraan, en „ik verzeker het U, nooit ongelukken heeft gezien”; anderzijds schreef een collega mij dat hij een geval van gasgangraen waarnam na adrenaline-injectie met een Paratus-spuiter: dit komt dus ook in Nederland voor: „und wem es just passieret”...

Mijn artikel betrefte slechts de sterilisatie van spuitjes; wat echter de sterilisatie van handschoenen betreft: vele collegae laten dit in een ziekenhuis doen; ook waren voor de oorlog hiertoe dozen in de handel met een electrisch verwarmings-elementje waarmee men *vochtige* formalinedamp kon maken. Deze methode is theoretisch aanvaardbaar: mij ontbreekt ervaring in de praktijk. Dat het droge formaline-tabletje een magisch *déraillement* is, lijkt mij geen modern inzicht.

Tenslotte nog enkele aanvullende opmerkingen. Aan de centrale spuitendienst in ziekenhuizen wijdt de *Lancet* twee artikelen (14 Juli; deel 256, bl. 50 en 52).

De instrumenthandel wees mij erop, dat sedert kort weer verkrijgbaar zijn de Duitse „Maltera STK” en de Zwitserse „Exa”-spuitjes, die beide het voordeel hebben van, ondanks metalen zuigers, in gemonteerde toestand op elke wijze gesteriliseerd te kunnen worden. De „Exa”-spuiter heeft daarenboven nog het voordeel dat de cylinder zonder kit bevestigd is en dus voor schoonmaken, of bij breuk, zonder moeite verwijderd en eventueel kan worden verwisseld. Het is niet onmogelijk dat deze kostbare spuitjes op de duur goedkoper blijken

te zijn dan de nu algemeen gebruikelijke. (Zij zijn dit zeker, indien men de door het gebruik van slechte spuitjes gederfde levensvreugde in geld zou uitdrukken. Naar eigen ervaring in slechts twee ziekenhuizen zijn dit enorme bedragen.)

Ook maakte ik kennis met een snepper met verwisselbare mesjes. Voor wie geen vaccinstyle kan hanteren, is dit gecompliceerde instrument aanvaardbaar.

Amsterdam, Augustus 1951

F. DEKKING

DE KUNSTMATIGE INSEMINATIE

De problemen bij de kunstmatige bevruchting met het zaad van een donor (= k.b.d.) zijn talrijk, en worden door prof. VAN LOGHEM wel wat zeer summier besproken (*N. T. v. G.*, 14 Juli, bl. 2070). Naast het standpunt der R.K. Kerk wordt door hem eigenlijk alleen de problematiek van het kind beschreven, wanneer het bemerkt, dat zijn vader niet tevens zijn biologische vader is. Bij deze ontdekking heeft het aangenomen kind zijns inziens zwaardere problemen te verwerken dan het kind bij de k.b.d. Het aangenomen kind immers voelt (begrijpt), dat het niet met liefde, doch slechts „per ongeluk” is geconcipeerd; dat zijn komst voor velen slechts verdriet betekende, en dat het na zijn geboorte door zijn ouders als „ongewenst” ter zijde werd geschoven. Al deze teleurstellingen worden het kind bij de k.b.d. bespaard.

De redenen, die tot de kunstmatige inseminatie kunnen leiden, worden door prof. VAN LOGHEM met de woorden „deze poging tot goedpraten” wel wat lichter ter zijde geschoven, dan het verdriet in een steriel huwelijk verdient. Bij absolute steriliteit van de man is een ideale oplossing niet mogelijk, daar helaas aan deze man het geluk is ontzegd, ooit biologisch de vader van een kind te worden. Wel staan voor zulke echtparen twee mogelijkheden open, indien het verlangen naar kinderen groot is, en man en vrouw elkaar niet willen verliezen, en wel: het aannemen van een vreemd kind en de k.b.d. Beide hebben voor- en nadelen, die nauwkeurig moeten worden afgewogen. In uitgezochte gevallen kan de kunstmatige inseminatie een aanwinst zijn, die het geluk van de mens vergroot. De belangstellende lezer verwijs ik overigens naar mijn artikel „Problemen der kunstmatige bevruchting” in *Verstandig Ouderschap*; Juli 1951 (Uitgever: de N.V.S.H. Postbus 64, Den Haag).

Amsterdam, Augustus 1951

L. I. SWAAB

Gedachtenwisseling gesloten. REDACTIE

BERICHTEN



DUITSLAND. — JULIUS PAGEL HERDACHT. In het *Bulletin of the History of Medicine* (Mei-Juni 1951) herdenkt WALTER PAGEL, patholoog-anatoom aan het Central Middlesex Hospital te Londen, zijn vader (1851-1912), die gedurende twintig jaren de geschiedenis der geneeskunde te Berlijn doceerde. PAGEL's *Einführung in die Geschichte der Medizin*, in 1898 verschenen en enige malen door SUDHOFF opnieuw uitgegeven, heeft in ruime mate tot de belangstelling en de studie van dit deel van wetenschap bijgedragen.

ENGELAND. — NEDERLANDSE PAEDIATERS ALS GASTEN. De *Archives of Disease in Childhood* (1951, bl. 270) bevatten het verslag van de 22e algemene vergadering der British Paediatric Association, dit voorjaar te Windermere gehouden; een 24-tal Nederlandse kinderartsen had de uitnodiging, aan deze bijeenkomst deel te nemen, aanvaard. GORTER (Leiden), JONXIS (Rotterdam), DICKE (Utrecht), SLOOFF (Eindhoven) en VEENEKLAAS (Utrecht) hielden voordrachten.

FRANKRIJK. — CONGRES VOOR KEEL-, NEUS- EN OORHEELKUNDE. De Franse vereniging voor Oto-rhino-laryngologie houdt van 22-26 October haar congres te Parijs. Hoofdthemat: „Traitement chirurgical de paralysies-aryngées bilatérales en adduction” en „Allergie naso-sinusienne”.