

narcose zien doen; uit het enthousiasme van collega OVERBOSCH leid ik af dat hij een dergelijke séance nooit heeft bijgewoond.

Zolang echter het aantal complicaties na de operatie bij afhankelijk hoofd groter blijft dan na een „SLUDER” onder roes of een operatie onder locale anaesthesie past grote voorzichtigheid. Dat hart- en longlijders beter met een diepe algemene narcose zouden zijn gebaat dan met een lichte roes of een locale anaesthesie lijkt mij vooralsnog dan ook onzeker.

Ongetwijfeld moeten wij de moderne narcosetechniek met grote dankbaarheid aanvaarden en in daarvoor geschikte gevallen gebruiken, ook al brengt zij economische consequenties mede, onder andere dat iedere patiënt lange tijd een zuster bindt. Het is daarom echter niet noodzakelijk een andere voortreffelijke techniek onrechtvaardig te verwerpen.

Dat deze techniek, zoals elke techniek, zo goed mogelijk moet worden verlicht en dat de patiënt als een mens en niet als een nummer moet worden behandeld, spreekt vanzelf en geldt voor iedere medische behandeling. Hieraan wordt door overbrengen van een deel van onze verantwoordelijkheid op de specialist-narcotiseur niets veranderd.

Amsterdam, 30 Augustus 1951

L. B. W. JONGKEES

Door ieder, die niet alleen het resultaat van de chirurgische ingreep maar ook de psyche van de patiënt belangrijk acht, zal het artikel van OVERBOSCH met instemming zijn gelezen. Wanneer men zich even realiseert, dat kinderen van 4 tot 8 jaar het hoogste basale metabolisme hebben, is het duidelijk dat een roes met zulk een licht narcoticum als lachgas te oppervlakkig moet zijn. Het psychische trauma dat daarmee aan het patiëntje wordt toegebracht, mag niet worden onderschat. Wie kent geen kinderen die eerst onbevreesd de arts tegemoet treden, doch na een „knipperij” het op een huilen of schreeuwen zetten zodra zij een witte jas zien, of kort na zo'n ingreep aan prikkelbaarheid, angsten en pavor nocturnus leden. Hoeveel latere, neurotische symptomen moeten niet worden toegeschreven aan een dergelijk trauma, waarop JACKSON¹⁾ de aandacht vestigde. Bij 124 kinderen, die in aansluiting aan een operatieve ingreep angstig werden, kon LEVY²⁾ 88 maal tonsillectomie als oorzaak vaststellen. Wanneer OVERBOSCH dan ook nog uiteenzet dat de operatie zelf, door onvoldoende narcose, technisch moet tekort schieten, dan kan ik niet anders dan de woorden van een mijner Liverpoolse leermeesters onderschrijven: „removing tonsils without sufficient anaesthesia is a brutal and unscientific procedure”.

Door samenwerking van anaesthesist en keelarts behoort aan de onelegante en vreesaanjagende adeno- en tonsillectomie, zoals deze nog maar al te vaak wordt uitgevoerd, zo spoedig mogelijk een eind te worden gemaakt. Wanneer beiden op elkaar zijn ingeschoten, is het aantal van acht operaties per uur, dat door OVERBOSCH wordt genoemd, zelfs aan de lage kant. Doch ook zonder deze overwegingen moet het verdere lot van de patiënt de operateur zoveel belang inboezemen, dat hij het najagen van snelheidsrecords hierbij gaarne terzijde schuift. „No doubt, in time the surgeon will consider the psychic response of his patients before, during and after the operation as intimate a part of his problem as the surgical technic itself (LEVY)”.

Rijswijk, 27 Augustus 1951

H. C. VOORHOEVE

NEURALGIE NA GALBLAASOPERATIES

In verband met het artikel van dr T. A. DONKERSLOOT³⁾ moet mij de opmerking van het hart, dat de mediane en paramediane incisie in het epigastrium voor de cholecystectomie reeds in 1926 aan de kliniek van prof. LANZ, Amsterdam, algemeen werd geleerd en toegepast. De littekens van de grote boogvormige

¹⁾ JACKSON, *Am. J. Orthopsych.*, 12, 56, 1942. ²⁾ LEVY, *Am. J. Dis. Child.*, 69, 7, 1945.

³⁾ DONKERSLOOT, *N. T. v. G.*, 95, 2568, 1951.