

les, lijkt het mij nuttig, BERNARD JOHNSON's uitspraak in zijn geheel, en niet ten dele en uit zijn verband gelicht, weer te geven:

„L'éther est sans doute encore le plus souvent employé des anesthésiques. Sa popularité est due très largement au fait qu'il est difficile de tuer un malade en lui administrant de l'éther. C'est toutefois une cause très fréquente de complications post-opératoires et même de mort; mais, comme ceci ne se produit que quelques heures après son administration, on a utilisé ce produit à des concentrations élevées pour les cas nécessitant un stade plus profond d'anesthésie.”

Amsterdam, 17 Juli 1952

D. M. E. VERMEULEN-CRANCH

Met de bedoeling het algemeen belang te dienen moeten mij enkele opmerkingen van het hart naar aanleiding van de klinische les van prof. RADEMAKER.

Het geven van bekendheid aan slechte resultaten of zelfs aan nadelige gevolgen onzer handelingen kan niet genoeg worden toegejuicht. Het is echter noodzakelijk, dat men daarbij voorzichtig is en vooral de medische ethiek in het oog houdt. In principe moeten dergelijke publicaties worden gedaan door hen, die voor de verrichte handeling verantwoordelijk waren. Wanneer de patiënt op grond van zijn verschijnselen bij een andere specialist terecht komt, dient deze zich met zijn voorganger in verbinding te stellen. Tezamen kunnen zij dan overleggen of publicatie gewenst is en zo ja, in welke kring en in welke vorm deze zal plaats vinden. Het punt van uitgang moet daarbij zijn, op welke wijze het nuttige effect het grootst zal zijn.

Wanneer de verantwoordelijke arts zich zelf niet bevoegd acht, kan een mededeling van beider hand een gelukkige oplossing zijn. Hiermede voorkomt men, dat de ene specialist zich teveel op het gebied van de andere begeeft, onjuistheden neerschrijft of zelfs tot conclusies komt die niet gewettigd zijn. Slechts wanneer de arts in quaestie niet tot medewerking bereid blijkt, heeft men het recht de gewraakte handelingen van een ander openbaar te maken. Voorwaarde is dan echter dat men uitsluitend het algemene belang tracht te dienen. Dit betekent, dat men begrip toont voor de moeilijkheden die aan een ieders vak eigen zijn en men vooral uitlatingen achterwege laat, die niet ter zake zijn en slechts prikkelen.

Gaarne zou ik vernemen of prof. RADEMAKER zich naar aanleiding van de door hem genoemde gevallen met de Nederlandse anaesthesisten in verbinding heeft gesteld.

Arnhem, 17 Juli 1952

H. R. BAX

Met groot genoegen las ik de reactie van collega KLEIN op mijn klinische les, in het bijzonder omdat hij specialist-anaesthesist is. Tot nu toe had ik slechts specialisten op dit gebied ontmoet, die het met mij oneens waren en was mij alleen een narcotiseur bekend, die ongeveer 15.000 narcoses heeft verricht en die mijn mening deelt, maar die niet als specialist-anaesthesist werd erkend, vermoedelijk omdat men van oordeel was, dat door hem wegens zijn bezwaren de „moderne” wijze van narcotiseren in onvoldoende mate werd toegepast.

Collega KLEIN breekt een lans voor „een weinig pentothal als inleiding van de narcose”. Nu is „een weinig” een zeer betrekkelijk begrip en ik vrees, dat een hoeveelheid, die door sommige specialist-anaesthesisten als „een weinig” wordt beschouwd, door psychiaters en neurologen, die pentothal voor andere doeleinden toepassen, veel of zeer veel zal worden genoemd, terwijl bovendien een hoeveelheid, die klein is als zij langzaam wordt ingespoten, dit niet meer is als de inspuiting snel geschiedt. Elke psychiater en neuroloog, die pentothal toepast, weet bij ervaring, dat de gevoeligheid ervoor zeer verschillend is en dat bij sommigen reeds een kleine hoeveelheid (1 à 2 cm³ = 50-100 mg) verlies van bewustzijn en stilstand der ademhaling veroorzaakt. Weliswaar keert de ademhaling gelukkig meestal vanzelf spoedig terug, dit is echter niet steeds het geval en dan is het moeilijk een juiste therapie in te stellen. Men meent, dat de stilstand der ademhaling ontstaat doordat onder invloed van pentothal het ademhalingscentrum onprikkelbaar voor CO₂ is geworden en toediening van CO₂ daarom geen zin heeft. Tevens meent men, dat niettegenstaande deze onprikkelbaarheid voor CO₂ de ademhaling kan terugkeren door de werking van impulsen uitgaand van de sinus caroticus onder invloed van anoxaemie. Door O₂ toe te dienen ter voorkoming van anoxaemie in het centrale zenuwstelsel, zou men dus de kans lopen de terugkeer der ademhaling tegen te houden. De terugkeer der ademhaling zal nog moeilijker zijn te bewerkstelligen als tevens curare is toegediend. Deze bezwaren, gepaard aan de door pentothal belemmerde oxygenatie der zenuwcellen, maken dat naar mijn mening aan een inleiding der narcose met behulp van chlooraethyl de voorkeur moet worden gegeven. In nog veel sterkere mate geldt naar mijn mening deze voorkeur voor de toepassing van chlooraethyl bij het doen van kleinere, kortdurende operatieve ingrepen.

Hoewel het mij dus zeer verheugt, dat collega KLEIN met mij de aethernarcose weer in ere hersteld wenst te zien, spijt het mij, dat hij niet tevens voor het chlooraethyl in het strijdperk treedt.

Een niet te onderschatten nadeel van de tegenwoordige toestand is nog, dat thans vele studenten arts worden zonder ooit een eenvoudige narcose met een klein open kapje te hebben gezien en nog minder er een zelf te hebben gedaan.

Collega VOORHOEVE gaat alleen in op het besproken geval en negeert niet alleen de eveneens beschreven waarneming van HAGENAU en CHRISTOPHE, maar eveneens het feit, dat in de laatste jaren veel meer encephalopathiën worden waargenomen en beschreven. En daarom gaat het! Hoewel hij terecht zegt, dat elk ander narcoticum, hoge koorts en sepsis dit verschijnsel kunnen geven, kan hij toch uit de „uiterst summiere gegevens” met grote waarschijnlijkheid afleiden, dat in het beschreven geval de stuip en de vermoedelijk in aansluiting daarop ontstane neurologische afwijkingen door aether zijn veroorzaakt. Ik vind dit knap! Is ook in het geval van HAGENAU en CHRISTOPHE en de andere gepubliceerde gevallen met vollediger gegevens aether de schuldige?

Collega VOORHOEVE klaagt er over, dat er met geen woord wordt gerept over wat gedurende de narcose heeft plaatsgevonden en de gegevens uiterst summier zijn. Dit is met opzet gedaan om te voorkomen, dat uitsluitend over de in dit geval toegepaste narcose gediscussieerd zou worden en tevens om niemand in de verleiding te brengen de schuld te geven aan een niet bestaande ondeskundigheid of nalatigheid van de narcotiseur. Verder schrijft collega VOORHOEVE: „Het is hier niet de plaats om op de vele fouten in te gaan, gemaakt bij de bespreking van diverse moderne narcotica”. Dat is niet juist: of hij had deze zinsnede achterwege moeten laten, of door er wel op in te gaan mij in de gelegenheid moeten stellen zijn aantijging te ontzenuwen.

Verder spreekt hij „van luminal of een ander barbituraat” waarop volgens hem door mij „zo wordt afgegeven”. In de klinische les wordt uitsluitend gesproken over de gevaren verbonden aan de intraveneuze toediening van pentothal en evipan. Het is onjuist alle barbituraten over één kam te scheren, daar hun werking, o.a. wat betreft het tegengaan van convulsies, de verwekte graad van bewustzijnsdaling, werkingsduur en giftigheid, hemelsbreed verschillen.

Wat tenslotte de „zo versmade endotracheale intubatie” betreft, daaromtrent vermeldde ik slechts terloops, dat deze ook haar bezwaren meebrengt, hetgeen niet uitsluit dat zij ook volgens mij onder bepaalde omstandigheden voordelen heeft en zelfs noodzakelijk is. Ontkent collega VOORHOEVE, dat er ook bezwaren aan zijn verbonden?

Collega VERMEULEN-CRANCH verwacht alle heil van volledig opgeleide anaesthesisten en volgens haar gaat het er minder om wat men geeft „dan wel hoe het gegeven wordt”. Hiermede kan ik mij slechts gedeeltelijk verenigen. Natuurlijk ben ook ik van mening, dat hoe vollediger de opleiding is, bij voorbeeld door een stage van enkele jaren op een pharmacodynamisch laboratorium en een laboratorium voor ademhalingsfysiologie, des te beter dit is. Toch is een goed opgeleide specialist niet hetzelfde als een goede specialist. Dit geldt zeker voor de neurologie en naar mijn mening ook voor de anaesthesie. Om een goede narcotiseur te zijn, moet men tevens over zeer speciale eigenschappen beschikken, niet onrustig, gejaagd en haastig zijn, goed en rustig kunnen observeren en zo voort en deze eigenschappen zijn het vaak, die bepalen „hoe het gegeven wordt”.

Niettegenstaande collega VERMEULEN-CRANCH van mening is, dat het er minder toe doet wat men geeft en niettegenstaande het summier zijn der gegevens, meent zij toch *en wel zonder enige motivering* een narcotiseur van een ernstig gebrek aan kennis van de beginselen der anaesthesie te mogen beschuldigen. Ik meen deze — mijns inziens lichtvaardig geuite — oordeelvelling ten zeerste te moeten betreuren en afkeuren.

Dat het er niet alleen op aankomt hoe men het geeft, maar ook wat men geeft, heeft de tijd, toen men chloroform en avertine toepaste, afdoende geleerd en dit geldt zeker ook voor de tegenwoordige tijd, waarin men een combinatie van een aantal stoffen, welker pharmacodynamische werking nog zeer onvolledig bekend is, toepast.

Deze laatste twee collegae verwijten mij — niet geheel ten onrechte — een citaat uit zijn verband te hebben gerukt. Als ik BERNARD JOHNSON volledig zou hebben geciteerd, dan zou ik er aan hebben toegevoegd, dat zijn waarnemingen, *onder oorlogsomstandigheden* (in onvolledig verwarmde veldhospitalen?) *op zwaar gewonden*, in een tijd toen de antibiotica nog niet bekend waren, mij niet erg bewijskrachtig lijken.

Collega BAX, die van „medische ethiek” en „gewraakte handelingen” spreekt, meent blijkbaar, ten onrechte, dat mijn klinische les als een beschuldiging is bedoeld. Dit is geenszins

het geval. Ik ben ervan overtuigd, dat op grond van literatuurstudie op geheel verantwoorde wijze werd gehandeld. Het is onze plicht de door erkend goede autoriteiten als beter en onschuldiger aanbevolen methodes en geneesmiddelen toe te passen, anders zou de geneeskunde nooit verder komen. Het is echter tevens onze plicht, wanneer er nadelige gevolgen van worden gezien, deze openbaar te maken en ik ben het geheel eens met HAGENAU en CHRISTOPHE „qu'il est regrettable que ces faits, qui ne semblent pas absolument exceptionnels, ne soient pratiquement jamais publiés”.

Tenslotte nog een kleine correctie van mijn klinische les, waarin van een subcutane inspuiting van curare wordt gesproken, terwijl een intraveneuze wordt bedoeld.

Leiden, 7 Augustus 1952

G. G. J. RADEMAKER

BERICHTEN



BUITENLAND

WERELDBERICHTEN. — INTERNATIONALE CONGRESSEN IN HET VOORUITZICHT. De „Council of International Organizations of Medical Sciences” (19 Avenue Kléber, Parijs, 16e arr.) publiceert een *Calendar of International Congresses of Medical Sciences*, met de namen en adressen van voorzitters en secretarissen.

Voor 1952 staan onder andere nog op het programma *Geschiedenis der Geneeskunde* (Nice, 8-14 September), *Neuropathologie* (Rome, 8-13 September), *Cardiologie* (Londen, 10-12 September), *Interne Geneeskunde* (15-18 September), *Urologie* (New York, 15-18 September), *Haematologie* (Mar del Plata (Arg.), 21-26 September), *World Medical Association* (Athene, 12-17 October), *Angiologie en Histopathologie* (Parijs, 14-18 October).

Voor 1953: *Medische film* (Wenen, Februari), *Chirurgie* (Lissabon, April), *Hospital Federation* (Londen, 25-30 Mei), *Audiologie* (Groningen, 5-8 Juni), *Keel-neus-oorheelkunde* (Amsterdam, 8-15 Juni), *Radiologie* (Kopenhagen, 19-25 Juli), *Neurofysiologie* (Boston, 18-21 Augustus), *Rheuma* (Genève en Zürich, 24-29 Augustus), *Geschiedenis der Geneeskunde* (Jeruzalem, Augustus), *Genetica* (Bellagio, Augustus), *Physiologie* (Montreal, 31 Augustus-4 September), *World Medical Association* (Amsterdam, September), *Tropische Geneeskunde* (Istanboel, 28 Augustus-4 September), *Microbiologie* (Rome, 6-12 September), *Neurologie* (Lissabon, September), *Lepra en Bestrijding venerische ziekten* (Madrid, October), *Celbiologie* (Leiden, October).

ENGELAND. — OVERBEVOLKING EN GENEESKUNDE. Het verwijt, gericht tot Englands vertegenwoordiger in de Wereldgezondheidsorganisatie, dat hij zijn steun onthield aan het voorstel van Noorwegen het overbevolkingsvraagstuk in studie te nemen, drong door tot het Parlement. Namens de regering verklaarde mej. HORNSBY-SMITH, dat „birth control was primarily a sociological and not a medical question”. „If a matter as violently controversial as this topic were brought into this Organization it would have meant the secession of several nations” (*British medical Journal*, 26 Juli 1952, bl. 237).

— STERFTE VAN DE LEEFTIJDKLASSE 15-44 JAAR. Het congres der British en Irish Medical Associations wijdde een zitting aan „Death in Early Adult Life”. Blijkens de statistische inleiding toont in Europa Spanje de hoogste sterfte der 15-44-jarigen, Nederland de laagste.

Een patholoog-anatoom gaf een analyse der doodsoorzaken, bij 2078 lijkopeningen dezer leeftijdsklasse vastgesteld. In 859 gevallen had de dood geen natuurlijke oorzaak (60 pCt mannen), zelfmoord van 183 mannen en 131 vrouwen inbegrepen. Als natuurlijke doodsoorzaak stonden atheroom van de kransslagaderen en verhoogde bloeddruk bovenaan. Niet minder dan 108 maal leidde abortus tot de dood.

Het geweten der medische professie werd met 44 sterfgevallen belast; één derde van deze gevallen stond op rekening van luchtembolie na aanleg van pneumothorax. Geneesmiddelen, die agranulocytose veroorzaken, maakten eveneens een aantal slachtoffers. Het is jammer, dat, indien een middel hierdoor zijn reputatie verliest, het dadelijk wordt vervangen door een chemicale, dat de reeks van sterfgevallen voortzet (*Brit. med. J.*, 19 Juli 1952, bl. 145).

— DE BEHANDELING VAN PARKINSONISME TE KASSEL. Bij een gedachtenwisseling in het Parlement bleek, dat het Ministerie van Gezondheid zich heeft laten voorlichten ten aanzien van de zo genaamde „kuur” in de Königin ELENA Klinik te Kassel. Het essentiële is „excellently planned rehabilitation and physical re-education”. De te Kassel toegepaste behandeling met belladonna-praeparaten is verouderd en dat het gecompliceerde dieet enige uitwerking heeft, is niet bevestigd.