

De klinische les van Dr. A. L. C. SCHMIDT noopt ons tot de volgende opmerkingen:

De voorstelling van zaken mag wat narcose betreft, weliswaar voor collega SCHMIDT actueel zijn, voor anesthesisten is ze dat in het geheel niet. Voor hen is dit de beschrijving van een toestand die historisch geworden is. De gevaren van narcose zijn reëel, maar worden in deze les zeer versterkt weergegeven. Dat is o.i. een gevolg van het feit dat er door niet-anesthesisten narcose werd gegeven. Moeilijkheden en complicaties kunnen tot een minimum worden beperkt wanneer daartoe opgeleide artsen, dus anesthesisten, narcose toedienen. Deze specialisten zijn meer dan voldoende geschoold om ook aan de patiënten die schrijver (een gynaecoloog) niet geschikt achtte voor het ondergaan van narcose, een veilige behandeling te waarborgen.

Het is dan bovendien niet meer nodig, de ervaring van een aantal patiënten een leidraad te laten zijn bij het beantwoorden van de vraag of een volgende patiënte wel of geen narcose zal krijgen. Iedere vrouw, die moet worden gecuretiseerd, kan narcose krijgen, mits aan twee voorwaarden is voldaan: 1. opname in een ziekenhuis (de schrijver wijst terecht hierop); 2. toediening van de narcose door een anesthesist.

Literatuur: SCHMIDT, A. L. C. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1249.

Amsterdam, 17 juli 1959

M. H. MENSCH

In zijn klinische les behandelt collega SCHMIDT (1959) de vraag, of een curettage onder narcose dient te worden verricht. Bij de beantwoording daarvan zijn vele factoren van betekenis. Daarvan is de vraag, of de ingreep al dan niet pijnlijk is, wel de belangrijkste. Dit te onderzoeken was het doel van de enquête, in de les vermeld.

Een andere factor is het risico van de te geven narcose. SCHMIDT zegt, dat hij hierover niet licht denkt, en haalt een sterfgeval uit zijn praktijk aan. Ik vraag mij echter af, hoe hij dit gevaar tot een onderdeel van de algemene vraag kan maken, wanneer hij zijn oordeel hieromtrent baseert op ervaringen, opgedaan bij narcoses, gegeven door ongespecialiseerde hulpkrachten, al werd een methode van narcose toegepast, die in ondeskundige handen de minste kans op ernstige complicaties biedt. Deze denkwijze geeft de methode als zodanig geen „eerlijke” kans.

Tenslotte een laatste opmerking: om „niets te voelen” van een curettage zonder verdoving, zou de patiënte niet „beter”, maar „anders” moeten zijn voorgelicht door de huisarts. Iedere pijn is immers door suggestie te verergeren of te verminderen. Is het de huisarts thans echter nog kwalijk te nemen, dat hij voor zijn patiënte ook bij „kleine” ingrepen een deskundige en daardoor veilige narcose verwacht, en zijn patiënte in die richting reeds psychisch voorbereidt?

Literatuur: SCHMIDT, A. L. C. (1959) *Narcose bij curettage*, *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1249.

Nijmegen, 5 augustus 1959

J. F. CRUL

Aangezien ik het schrijven van een klinische les als uiting van een persoonlijke mening beschouw, is elke reactie daarop mij welkom.

Collega SPECKEN zegt terecht, dat zonder narcose een digitale uitruiming moeilijker is. De angst voor een narcose zal ongetwijfeld invloed hebben op mijn waardebeoordeling van de curettage. Ik kan het echter niet met hem eens zijn, wanneer hij opmerkt, dat aan een intraveneuze narcose minder gevaren zijn verbonden dan aan de chloorethylethermethode. Misschien hebben persoonlijke ervaringen hier wel betekenis.

Collega mej. MENSCH en collega CRUL zou ik erop willen

wijzen, dat er wellicht terecht naar wordt gestreefd, elke narcose door een specialistisch opgeleide collega te doen geven. Hierbij denkt men dan vrijwel alleen aan het klinische werk. Tot nu toe heb ik nog geen voorzieningen opgemerkt voor het acute obstetrische werk aan huis, dat in ons land toch nog bestaat. Waar het heen groeit, is nog niet bekend; voorlopig moeten wij met de praktijk rekening houden. Mej. MENSCH spreekt zichzelf in zekere zin tegen, wanneer zij zegt, dat de complicaties tot een minimum beperkt worden, en later, dat de narcose uitgevoerd door een anesthesist, een veilige behandeling waarborgt. Haar eerste mening kan ik volkomen onderschrijven, maar wat de tweede betreft: mogen wij de vrouw het risico van die complicatie, hoe klein dan ook, later lopen, indien de narcose niet nodig is?

Rotterdam, 26 augustus 1959

A. L. C. SCHMIDT

DE INDICATIES VAN HOMOLOGE KUNSTMATIGE INSEMINATIE

Volgens collega LEVIE (1959) is homologe inseminatie voor rooms-katholieken verboden. Op verscheidene plaatsen heb ik de uitspraak van de moraal-theologen aangehaald, die luidt, dat de homologe inseminatie, mits uitgevoerd met semen, dat verkregen is na een normale coitus, ook voor rooms-katholieken toelaatbaar is.

Vorig jaar beschreef ik in dit *Tijdschrift* een patiënt met retrograde ejaculatie. Nadien zag ik nog enkele dergelijke patiënten, en bij nadere informatie bleek mij nog onlangs dat de R.K. Kerk ook in zulke gevallen homologe inseminatie toestaat. Deze is echter voor de R.K. Kerk ongeoorloofd indien de cohabitatie onmogelijk is, om welke reden dan ook.

Bij de indicatie voor de homologe inseminatie heb ik in het artikel van LEVIE gemist de „indication de distance”. Deze doet zich voor als langdurige afwezigheid van de echtgenoot een natuurlijke inseminatie door cohabitatie onmogelijk maakt, terwijl toch bij het echtpaar de behoefte bestaat het gezin te vergroten. Voorbeelden hiervan doen zich voor in oorlogstijd, bij verblijf van de echtgenoot in de gevangenis, bij verblijf in een sanatorium. Zo vroeg een patiënt mij enige tijd geleden om homologe inseminatie, omdat haar man in een sanatorium verbleef en daar nog geruime tijd moest zijn.

Ook trof ik bij de indicaties niet aan de „cervical hostility”, kortom dus die toestand, waarbij de penetratie van de spermatozoa in de cervix gestoord is ten gevolge van cervixafwijkingen, zich uitend in een negatieve reactie van Huhner. De vermelding van de „indication de distance” zou slechts voor de volledigheid wenselijk geweest zijn, maar cervixafwijkingen hadden zeker genoemd moeten worden.

Een twistpunt blijft de indicatie „psychogene potentieelstoornissen en vaginisme”. In deze gevallen acht ik homologe inseminatie niet aangewezen. Volgens de Duitse Vereniging van Psychiaters (HEROLD 1959) mag homologe inseminatie alleen worden uitgevoerd bij goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van beide partners. De vereniging zegt verder, dat patiënten met dergelijke stoornissen vaak ernstige neurosen hebben of psychopathieën en dat men hen dus zeker niet moet belasten met de opvoeding van een kind. Ook in mijn boek vermeld ik zulk een geval waarbij de afloop zeer tragisch en voor het kind zeer ongelukkig was. Ten aanzien van deze indicaties moet dan ook naar mijn mening een waarschuwend woord worden gesproken.

Literatuur: HEROLD, G. (1959) *Med. Klin.* **54**, 1156. — LEVIE, L. H. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 1611. — SCHELLEN, A. M. C. M. (1957) *Artificial Insemination in the Human*, Elsevier, Amsterdam; (1958) *R.K. Artsenblad* **37**, 40; (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 1252; (1959) *Med. Contact (Amst.)* **14**, 454.

Groningen, augustus 1959

A. M. C. M. SCHELLEN