

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 geschikt 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

In mijn artikel stelde ik, dat homologe kunstmatige inseminatie slechts dan in aanmerking mag komen, als de bevruchting langs natuurlijke weg — eventueel na behandeling — onmogelijk is. Tevens, dat de indicaties vervallen, zodra ze strijdig zijn met de belangen van ook maar één der betrokkenen: de vrouw, de man, het eventueel te verwekken kind. In het licht hiervan zou ik de door collega SCHELLEN genoemde indicaties nader willen beschouwen.

Als voorbeeld van de zg. „indication de distance” vermeldt SCHELLEN (1959), dat gedurende de laatste oorlog „op grote schaal semen van Amerikaanse soldaten per vliegtuig naar het moederland (werd) gebracht om daar gebruikt te worden voor het insemineren van hun respectievelijke echtgenoten”. Men stelle zich dit voor: midden in de oorlog transcontinentaal sementransport! Indien dit waarlijk het geval zou zijn geweest en er met medewerking van de staat kinderen werden verwekt, waarvan de vader inmiddels gesneuveld was, zou het een monstrositeit zijn. Ik kan echter niet aannemen, dat de schrijver zelf dit verhaal als waar gebeurd aanneemt. Te minder omdat het hem bekend is, dat de bevruchtungskansen van normaal zaad reeds na enkele uren aanzienlijk afnemen. Destijds bestond er nog geen conserveringsmethode. Pas in 1954 gelukte het aan BUNGE en SHERMAN menselijk sperma door diepvriestechiek vrijwel onbeperkt zijn bevruchtende vermogen te laten behouden; een grote geografische afstand had dus pas sedert kort kunnen worden overbrugd. Zolang het echter niet is bewezen, dat door die uiterst lage temperatuur (-79°C) de genestructuur van het kiemplasma ongedeerd blijft en er geen recessieve minusmutaties uit ontstaan, houd ik deze techniek voor ongeoorloofd.

Bovenal echter — en dit geldt ook, waar geen diepvriezen behoeft te worden toegepast — ben ik ervan overtuigd, dat het bij goede wil (en met de moderne vervoermogelijkheden) voor een echtpaar wel bijna altijd mogelijk zal zijn, binnen afzienbare tijd een tijdelijke scheiding op te heffen en langs natuurlijke weg een kind te verwekken. Hier is kunstmatige inseminatie dus overbodig. Langdurende afwezigheid van de echtgenoot is bepaaldelijk een tegenaanwijzing voor kunsthulp, op zijn minst in het belang van het kind. Om al deze redenen meen ik geen plaats te moeten inruimen aan de zogenaamde „indication de distance”.

Evenmin acht ik homologe inseminatie aangewezen bij „cervical hostility”; in een dergelijk geval is causale behandeling meer op zijn plaats. Dit geldt uiteraard voor het ontbreken van ovulatie en voor cervicitis, maar ook voor de eigenlijke „cervical hostility”, die bijna altijd goed reageert op toediening van oestrogenen, liefst vaginaal (HELLINGA 1954). Aangezien in dit geval inseminatie voor de vrouw bovendien bijzondere risico's meebrengt, omdat het inbrengen intra-uterien moet geschieden, acht ik homologe inseminatie op grond van „cervical hostility” meestal overbodig en altijd gevaarlijk.

Inderdaad blijft de indicatie „psychogene potentiële stoornissen en vaginisme” een twistpunt, indien SCHELLEN vasthoudt aan de apodictische uitspraak van de Duitse Vereniging van Psychiaters; ik beoordeel liever elk geval op zichzelf. Hij bedenke, dat de harmonie in het huwelijk slechts ten dele wordt bepaald door de seksuele verhouding; deze laatste behoeft niet „slecht” te zijn bij een gestoorde potentie, en evenmin „goed” bij intacte. De belangen van het kind worden het beste gewaarborgd door het te laten gedijen in een gunstig klimaat. Dit klimaat wordt niet bepaald door de potentie van zijn ouders, maar wel door hun harmonieuze echtelijke aanpassing. Het is mij overigens in de seksuologische praktijk nooit gebleken, dat psychisch-seksuele stoornissen „vaak” samengaan met psychopathie. Ook acht ik het wetenschappelijk niet verantwoord, naar aanleiding van een enkel tragisch geval te generaliseren.

Literatuur: BUNGE, R. G. en J. K. SHERMAN (1954) Frozen human semen. *Fertil. and Steril.* 5, 193. — HELLINGA, G. (1954) *Ned. T. Verlosk.* 54, 23. — SCHELLEN, A. M. C. M. (1959) *Med. Contact* 14, 454.

Amsterdam 22 augustus 1959

L. H. LEVIE

TELEPATHIE EN „FLUIDUM”

Als erevoorzitter van het Belgisch Comité voor de wetenschappelijke navorsing der paranormaal geachte verschijnselen, door Prof. Dr. J. J. VAN LOGHEM Sr. aangehaald in diens bespreking over Telepathie, moet ik erop wijzen, dat dit Comité geenszins de telepathie onvoorwaardelijk afwijst. Het heeft echter, zoals VAN LOGHEM het uit ons orgaan citeert, ondanks jarenlange onderzoekingen nooit een dergelijk verschijnsel vastgesteld. Ik weet niet, op welke gronden Prof. Dr. H. C. RÜMKE steunt, als hij verklaart, dat het voorkomen van telepathie voor hem „schijnt” vast te staan. Daarbij treft mij zijn uitspraak, dat men de consequentie „moet” durven trekken, dat er „dus” krachten op het psychische leven kunnen in werken van welke aard wij nog geen flauw vermoeden hebben.

Wat het verslag van Dr. ZORAB over een „geslaagde” telepathische proefneming te Rome betreft, meen ik te moeten doen uitschijnen, hoe voorzichtig de schrijver zich uitdrukt wanneer hij zegt, dat „voorzover hij kon nagaan” geen der „aanwezigen” de voornaam van zijn echtgenote kende en dat hij deze „meestentijds” met een bijnaam aanspreekt. Waarom zou het niet mogelijk zijn, dat de vraag welke ZORAB op een papiertje schreef, alsmede de voornaam van zijn vrouw op een of andere wijze bekend zouden zijn geworden en zelfs dat men zich met de violist zou hebben verstaan om ZORAB een poets te bakken? Zijn op paranormaal gebied niet vaak zelfs grote geleerden verschalkt en om de tuin geleid?

Mag er trouwens bij deze gelegenheid niet aan worden herinnerd, dat de waarnemingen van ZORAB, EGIDI, PERONE, EBON en COGNI met D'ANGELO, de „magiër van Napels” (ZORAB 1956) — van hem werd verteld, dat hij in staat was langs paranormale weg een luchtstroom op te wekken die bij het tot stand brengen van zijn vele gezinnen een beslissende invloed zou hebben — goed uitlegbaar zijn geworden, niet alleen door wat ZORAB enigszins vermoedde, een luchtbeweging te wijten aan het blazen, het snelle hijgen en de „bokserdirecten” van D'ANGELO in de richting van de lichtjes wentelende anemometer, maar ook nog door des magiërs handaanrakingen van de hoofden der proefnemers?

Werd inderdaad D'ANGELO niet onlangs te Parijs, op het eerste internationale genezerscongres van 8 februari 1959 met algemene stemmen van MESSÉGUÉ's genezersgroep „wegens kwakzalverij en oplichterspoging” uitgesloten? Heeft ALBERTO LIBONATI, de gewezen secretaris van de magiër, niet onthuld, dat deze laatste talrijke personen heeft bedrogen, doordat hij door zijn neusgaten op een windmeter blies? En hebben twee camerameden van de Italiaanse televisie niet cinematografisch aangetoond, dat D'ANGELO, terwijl de proefpersonen hun ogen moesten sluiten, evenals dit met ZORAB en zijn collega's het geval was, blies en met zijn handen uitdeelde wat REBIÈRE nog in 1956 „fluidische oorvegen” noemde (LEFÈVRE-TOUSSAINT 1959)? Hiermede in verband bedenke men — iets wat maar zelden wordt aangehaald — dat geleerden zich hebben laten beetnemen