

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

EEN „ROESJE” IN DE HUISPRAKTIJK

Vraag No. 43. Ik had de bedoeling bij het paracenteren van kinderen een roesje te geven. Bij informatie bleek mij, dat er zelfs geen lachgas-zuurstof-apparaten meer gemaakt worden, laat staan uit voorraad leverbaar zijn. De groothandel adviseerde een roesje met Trilene. Naar ik meen, levert dit gevaar op van hartstilstand. Wat raadt U mij? Waarom is de lachgas-zuurstof-roes op de achtergrond geraakt resp. „uit de handel verdwenen”? Zijn er wellicht ook buiten de vloeistof van Bonain anaesthetica in de handel die beter zijn?

Antwoord. Deze vraag is zeer moeilijk te beantwoorden. In de eerste plaats: wat bedoelt men met een „roesje”? Bedoelt men *analgesie* (1e stadium) d.w.z. verlies van licht pijnbesef zonder verlies van bewustzijn, bedoelt men *delirium* (2e stadium) waarbij er wel verlies van bewustzijn is, vaak gepaard gaande met excitatie, maar geen echte anesthesie, of bedoelt men een kortdurende *echte anesthesie* (narcose) met automatische ademhaling (1e fase van derde stadium)?

Een lichte ingreep is in het eerste stadium veilig uit te voeren bij volwassenen die medewerken, maar bij kleine kinderen lukt dit niet. Het tweede stadium is gevaarlijk wegens mogelijke plotselinge en onverwachte bewegingen, ademinhouden, braken, cyanose en hartstilstand. Het derde stadium is het enige dat eigenlijk geschikt is voor kleine kinderen — dus een kortdurende echte narcose. Hiervoor moet de patiënt nuchter zijn, er behoort zuurstof aanwezig te zijn, evenals een getrainde assistent van de dokter. Dit houdt in, dat deze ingreep in een ziekenhuis hoort plaats te vinden. Hiervoor zijn wel degelijk lachgas-zuurstof-apparaten in de handel. De toegepaste anesthesietechniek en de gebruikte middelen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de toestand van de patiënt en de ervaring van de arts-anesthesist.

Bij lachgas-zuurstof behoeft men geen atropine als premedicatie te geven; indien andere middelen gebruikt worden, moet dit wel. Vooral bij kinderen die een hoge stofwisseling en hoge koorts hebben en toxisch zijn, moet men zorgen voor voldoende zuurstof bij het lachgas, dus beslist niet minder dan 20 pct en liefst meer, met een totale gasstroom die iets meer is dan die van het minuutvolume van het kind — dus geen „rebreathing”. Na ongeveer 5-10 minuten begint de zuiver anesthesische werking van het lachgas, zonder de verstikkende werking. Wil men sneller dezelfde toestand bereiken, dan kan men cyclopropan-zuurstof of fluothaan-zuurstof, of Trilene-zuurstof gebruiken.

Het is riskant en dus onjuist, bij een kind thuis een paracentese te doen onder omstandigheden waarbij onvoldoende voorzorgsmaatregelen genomen worden. Een voorbeeld is het „Trilene-roesje”. De fout is, dat men het Trilene-luchttoestel, dat ontworpen is met de bedoeling alleen analgesie teweeg te brengen en beslist geen anesthesie te bereiken, gebruikt en misbruikt om anesthesie te veroorzaken. Dit omdat kinderen on-

geschikte patiënten zijn voor toepassing van analgesie: zij blijven tegenspartelen. Men brengt het kind, dat ernstig ziek en veelal angstig is en dat dus gauw hypoxisch wordt, tot delirium of anesthesiestadium zonder dat er extra zuurstof aanwezig is.

Men vraagt als het ware om een hartstilstand, door de aanwezigheid van Trilene, door de verhoogde adrenaline-uitscheiding en de hypoxie. Men kan zeggen dat het vaak goed gaat, maar dat is dan meer te danken aan geluk dan aan juist inzicht.

Om deze moeilijkheden te omzeilen worden vloeibare analgetica zoals Astracaine (lidocaïne, xylocaïne), en Mélange de Bonain (een thans obsoleet anaestheticum, bestaande uit een mengsel van fenol, menthol en cocaïne) ge-(mis-)bruikt; ze hebben geen of weinig analgetisch effect bij een dergelijke paracentese en veroorzaken dus niet alleen psychische, maar ook wel eens ongewenste organische trauma's.

Het is gevaarlijk zich tot „de handel” te richten voor medisch advies, waardoor zulke principiële fouten worden gemaakt in de toepassing van de anesthesie en zulke risico's worden genomen in de dagelijkse praktijk.

INGEZONDEN

OPERATIEVE BEHANDELING TER VOORKOMING VAN ZWANGERSCHAP

Het antwoord op Vraag No. 25 (1964) deed bij mij enkele vragen rijzen:

1. Waarop berust de uitspraak dat sterilisatie met bedoeld oogmerk in Nederland „algemeen” wordt verworpen? Zijn er gegevens over een opinie-onderzoek onder artsen en leken, die deze uitspraak rechtvaardigen?

2. Zijn er cijfers bekend over en na onderzoek van patiënten die geopereerd zijn op bedoelde indicatie, en blijkt daaruit, dat deze ingreep later betreurd werd? In welk percentage van de gevallen ontstond anorgasmie?

Ik zou beantwoording van deze vragen zeer op prijs stellen omdat mijn eigen, beperkte, praktijkervaring tegengesteld is aan die welke uit de beantwoording van Vraag No. 25 blijkt. Het spreekt vanzelf dat de indicatie tot operatieve sterilisatie zeer nauwgezet en zorgvuldig overwogen moet worden. Maar indien andere middelen voor anticonceptie herhaalde malen gefaald hebben, en de kans op verdere gezinsuitbreiding een zware last legt op een echtpaar, mag de adviesgevende arts mijns inziens niet verzuimen, op de mogelijkheid van operatieve, definitieve onvruchtbaarmaking te wijzen. Te meer geldt dit, als om andere redenen een operatie op gynaecologisch gebied geïndiceerd is (prolapsus vaginae, relatieve urine-incontinentie, uterus-myomen), en de sterilisatie tegelijkertijd uitgevoerd kan worden.

Een verwijt over de uitvoering van een onvruchtbaarmaking heb ik noch in Indonesië noch in Nederland gehoord, wél uitingen van dankbaarheid. In plaats van postoperatieve anorgasmie zijn mij gevallen van verbeterde orgasmus na sterilisatie bekend. De opheffing van de zorgen over een niet geheel betrouwbare anticonceptionele maatregel door de operatieve sterilisatie kan tot het echtelijk geluk bijdragen.

Wij, gynaecologen, zijn zo doertrokken van de wens om de kansen op progenituur optimaal te maken, dat wij ons soms moeilijk kunnen verplaatsen in de gedachten- en gevoelswereld van het echtpaar dat de vruchtbaarheid als een grote last is gaan beschouwen. De operatieve sterilisatie als anticonceptionele maatregel past mijns inziens wel onder bijzondere omstandigheden in het therapeutisch arsenaal

van de arts. En deze ingreep behoort niet zonder meer tot de verboden wapens in de strijd voor lichamenlijk en geestelijk gezond leven, ook niet in Nederland.

Literatuur: Vraag No. 25 (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 907.
— RAVESTEYN, TH. L. W. VAN en P. J. F. DUPUIS (1963) *Sotera* 7, 177.

Mei 1964

TH. L. W. VAN RAVESTEYN

Ad 1. De uitspraak dat sterilisatie „algemeen” wordt verworpen, berust op het feit, dat aan alle Nederlandse universiteiten, zowel thans als ook in het verleden, dit standpunt wordt (werd) gedoed. Verder op het feit, dat in de vergadering van de Nederlandse Gynaecologische Vereniging, ook tijdens discussies over anticonceptie, niemand zich voorstander heeft getoond van sterilisatie op sociale indicatie, terwijl wel van verschillende zijden geprotesteerd is tegen sterilisatie op medische indicatie. Hoe er buiten artsenskringen over deze vorm van anticonceptie wordt gedacht, stonden niet ter discussie.

Ad 2. Er zijn talrijke gevallen bekend waarin een op verzoek uitgevoerde sterilisatie naderhand ernstig werd betreurd en ook gevallen van anorgasmie na de sterilisatie. Helaas zijn er geen zorgvuldige follow-up studies bekend, waaruit de frequentie van deze verschijnselen procentueel blijkt.

Het ware te wensen, dat iedere gynaecoloog, die meent in bepaalde gevallen wel tot sterilisatie op sociale indicatie te mogen en moeten overgaan, zorgvuldig zijn gevallen zou na-controleren en publiceren. Dergelijke publikaties zijn ons in de Nederlandse literatuur onbekend.

Wij hebben respect voor het feit, dat collega VAN RAVESTEYN zijn afwijkende mening naar voren brengt. Maar hij keert de bewijslast om, wanneer hij van degenen die sterilisatie op sociale indicatie in ons land afwijzen, eist, dat zij het onjuiste van deze ingreep bewijzen door een nader onderzoek van patiënten, die zijzelf uiteraard slechts incidenteel kennen. Het is aan de voorstander van een nieuwe en tegen de algemene opvatting ingaande maatregel, de juistheid van zijn afwijkende standpunt te bewijzen. Juist omdat de ingreep niet een verboden, maar wel een afkeurenswaardig wapen is, heeft collega VAN RAVESTEYN, mét de gynaecologen die zijn opvatting delen, in veel hoger mate dan degenen die deze ingreep afwijzen, de plicht om zijn opvatting met zo goed mogelijk gedocumenteerde feiten te staven. Het toebrengen van een irreversibele mutilatie uitsluitend op medische gronden lijkt ons voorshands sterker gefundeerd.

BOEKAANKONDIGINGEN

Lehrbuch der Krankengymnastik. In vier Bänden. Onder redactie van K. LINDEMANN, H. TEIRICH-LEUBE en W. HEIPERTZ. Band III: Chirurgie, Unfallheilkunde, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe physikalische Therapie. 451 bl., vele fig. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1963. Prijs: geb. DM. 44.

Onder de hoofdstukken „Krankengymnastik in der Unfallheilkunde, in der Orthopädie, in der Chirurgie und in der Frauenheilkunde”, worden de ongevallenheilkunde en de orthopedie enz. ruim behandeld, maar helaas wordt de fysische therapie telkens maar in enkele regels besproken. Gelukkig overweegt in de fysisch-therapeutische adviezen de actieve therapie duidelijk. Duidelijk is de beschrijving van de wervelfractuur en haar gevolgen en de korte behandeling van de dwarslaesie-patiënt. Merkwaardig is, dat voor deze patiënten met hun neiging tot decubitus de zitsport

wordt aanbevolen. Bij de bespreking van de amputatietechniek ontbreekt de myo-plastische behandeling. Het laatste hoofdstuk behandelt overzichtelijk de verschillende mogelijkheden zonder veel nieuwe gezichtspunten. Het gehele boek is evenals de beide vorige delen, goed verzorgd en rijk geïllustreerd.

J. J. MIEDEMA

E. KRETSCHMER, *Gestalten und Gedanken.* Erlebnisse. 223 bl. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1963. Prijs: geb. DM. 28.

Dit werk verscheen kort voor de dood van KRETSCHMER. Het verhaalt de levenservaringen van de schrijver, weliswaar niet in een chronologische ordening, maar zó voortreffelijk, dat de persoon en het leven van deze grote geleerde geheel zichtbaar worden. Gelijk al zijn werken is het gekenmerkt door een fijnzinnige humor en een meesterlijke beheersing van de taal. Naar de inhoud is het niet alleen een biografie, maar geeft het ook een beeld van een halve eeuw neuropsychiatrie. KRETSCHMER vertelt van de leidende figuren op het terrein van psychologie en antropologie, van de plaats die hijzelf innam in de ontwikkeling van de psychiatrische wetenschap en van de nieuwe begrippen die nodig waren om met behoud van het systeem van Kraepelin op verantwoorde wijze de grote verscheidenheid in de klinische psychiatrie uit te beelden. KRETSCHMER had onder invloed van zijn leermeester ROBERT GAUPP reeds in zijn boek *Der sensitive Beziehungswahn* de basis gelegd voor het zich bezinnen op de levensgeschiedenis en de kennis van de constitutie. In *Hysterie, Reflex und Instinkt* en zijn wereldberoemde werk *Körperbau und Charakter* toonde hij zich de leidende figuur van die tijd.

Het onderhavige overzicht, dat KRETSCHMER 40 jaar later heeft gegeven van wat zich sindsdien op het terrein van de neuropsychiatrie heeft voltrokken, is van grote historische betekenis. Het werkt verhelderend voor ieder die zich verdiept in de ontwikkelingsgang van het wetenschappelijk denken.

L. VAN DER HORST

H. R. MARTI, *Normale und anomale menschliche Hämoglobine.* 197 bl., 74 fig., 11 tabellen. Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963. Prijs: geb. DM. 48.

In de serie „Pathologie und Klinik in Einzeldarstellungen” is dit boek als no. XIII verschenen. Wie enigszins georiënteerd is omtrent de talrijke oorspronkelijke onderzoekingen die ten dele ook in Nederland vooral sinds de laatste wereldoorlog over normale en abnormale hemoglobinen zijn verricht, zal met genoegen dit boek lezen, dat geschreven is door iemand die zelf belangrijke publikaties op dit terrein het licht heeft doen zien. De steeds toenemende betekenis van het onderwerp voor biochemie en kliniek maakt, dat een samenvattend overzicht betreffende normale en abnormale hemoglobinen, hun geografische verspreiding, de ziektebeelden die ermee samenhangen, en de factoren die de stabiliteit van hemoglobine beïnvloeden, zeer welkom is. Zeer uitvoerig wordt de uitgebreide methodiek besproken, die bij onderzoekingen op dit gebied in aanmerking komt. Tenslotte geeft de schrijver een verslag van uitkomsten van eigen onderzoekingen over normale en abnormale hemoglobinen in Zwitserland verricht, gevolgd door een bespreking van thalassemie. Het geheel maakt een zeer degelijke indruk.

S. VAN CREVELD