

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

NUTTIGE NOTITIE Nr. 44

Het bespreken van ondervonden moeilijkheden en begane fouten in een stafvergadering en a fortiori het publiceren van de desbetreffende verslagen getuigen van een dermate hoog moreel en achtenswaardige beroepsethiek, dat elke kritische opmerking van een buitenstaander ongepast lijkt.

Na de lectuur van Nuttige notitie Nr. 44 wil ik in alle bescheidenheid nu toch gaarne uiting geven aan de gedachte, die zich bij mij reeds opdrong na het lezen van notitie Nr. 27 (1962).

Daar was het het zaalhoofd, dat uit zijn geheugen de chirurg kon inlichten, dat die patiënt voorheen door de uroloog was behandeld. Hier was het een meegekomen jeugdvriend, die meedeelde, dat deze patiënt vroeger in dit zelfde ziekenhuis was opgenomen geweest. Op aanwijzing van deze toevallig voorhanden tipgevers konden de oude gegevens in het „weinig overzichtelijk opgestelde” archief worden achterhaald. Spontaan was daar blijkbaar niet naar gezocht.

In de discussie, vooral naar aanleiding van Notitie Nr. 27 (1962) maar ook na Nr. 44 (1967) is de chirurg geneigd, in eerste instantie het als een taak van de huisarts te zien om de specialist volledig anamnestic in te lichten. Deze mening zal niemand bestrijden.

Veel essentiëler acht ik het echter, dat in het ziekenhuis als diagnostisch en therapeutisch centrum elke medicus systematisch het anamnestic materiaal hanteert, dat daar verzameld is en dat zo volledig en overzichtelijk mogelijk in het archief beschikbaar dient te zijn.

Met andere woorden: het belang van elke patiënt vérgt eenvoudig, dat met vroeger in de (poli)kliniek vastgestelde gegevens rekening wordt gehouden. Als enige doelmatige methode om deze te hanteren zie ik het opstellen van één longitudinaal bij te houden status naar uniform model waarin alle medici, die de patiënt in de loop der jaren in die inrichting behandelen, hun gegevens verzamelen. Zoveel mogelijk moeten ook de poliklinische gegevens hierin worden verwerkt. Er dient een kort samenvattend overzicht aan te worden toegevoegd voor snelle oriëntatie. Bij elke nieuwe opname, zoveel mogelijk bij elk consult, móet eenvoudig die status als routinemaatregel op tafel komen en worden geraadpleegd. Er hoeft dan ook geen nieuwe status te worden geschreven maar enkel de bestaande met de recente anamnese en huidige gegevens te worden aangevuld.

Dat een archivaris daartoe noodzakelijk is en bereidwilige medewerking van alle kunstbroeders obliagaat is, spreekt vanzelf. Het laatste mag echter geen verandering vormen om dit doel te zien, na te streven en te bereiken.

De medici zullen bereid moeten worden, de medische gegevens niet in de eerste plaats als „hun” status maar als de geneeskundige geschiedschrijving „van de patiënt” te zien. Per slot heeft de patiënt de hoogstdeskundige schrijver voor diens auteurswerk betaald! De patiënt kan dit manuscript niet lezen maar het is voor hem van levensbelang, dat elke volgende behandelende arts zijn lijfsverhaal ter harte neemt. Aan de ziekenhuisarchivaris als daartoe opgeleide „nijvere bij”, die voor strikte geheimhouding zorg draagt, kan de arts het systematisch bewaren dan met een gerust hart overlaten.

Wanneer de specialisten de huisarts steeds volledig inlichten, en dat kan ook via de archivaris lopen, kan de huisarts een schaduwarchief opstellen.

Dat in de discussies wél een gebrekkig archief van de huis-

arts maar níet dat van het ziekenhuis, als het m.i. veel grotere en centrale euvel, wordt aangemerkt, moge een excuus vormen voor mijn opmerking.

Als logische conclusie volgt hieruit overigens, dat het voor elke patiënt gewenst is, dat hij zich in de loop van zijn leven zo veel mogelijk voor poliklinische en klinische geneeskundige hulp wendt tot één (poli)klinisch centrum. De bevolking wisselt veel minder van rayon dan ziekenhuisfunctionarissen van inrichting. Bij verandering van woonrayon weet de behandelend arts elders dan waar de medische gegevens móeten worden gezocht en kunnen worden gevonden.

Literatuur: Nuttige Notitie Nr. 27 (1962) *Ned. T. Geneesk.* **106**, 431. — Nuttige Notitie Nr. 44 (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 402.

Oegstgeest, 8 maart 1967

A. SAUER

Naar aanleiding van Nuttige Notitie Nr. 44 (1967) zouden wij onze ervaringen willen mededelen in gevallen van uremie met lage alkalireserve en een hoog kaliumgehalte van het bloed.

Behalve peritoneale dialyse en toepassing van een kunstnier is er nog een eenvoudige mogelijkheid, die onmiddellijk ter beschikking is, namelijk de intraveneuze toediening van een sterk hypertone bicarbonaatoplossing.

Wij gebruiken een 8,5 pct oplossing. Wij brengen daarmee de alkalireserve op ongeveer 28 mEq/100 ml (door toepassing van de formule $\frac{1}{2} G \times \text{tekort}$).

Wij zien dan regelmatig de diurese snel toenemen en het kaliumgehalte in belangrijke mate dalen. Hiermede wordt tijd gewonnen voor de voorbereiding van eventuele verdere therapie.

Wij beschikken over een vijftien-jarige ervaring, hebben nimmer nadelen gezien en bereikten in zeer vele gevallen succes.

Literatuur: BLOEM, TH. F. en H. NEUMANN (1956) *Vloeistof en elektrolytbalans*. — Nuttige Notitie Nr. 44 (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 302.

Voorburg, 6 maart 1967

TH. F. BLOEM
H. NEUMANN

Collega SAUER heeft gelijk. In ieder ziekenhuis is een centraal archief dringend noodzakelijk. Ook bij ons wordt hieraan gewerkt.

Internist II (BRANDT) machtigt mij, aan de collegae BLOEM en NEUMANN mede te delen, dat de behandeling met een hypertone bikarbonaatoplossing hem bekend was. De bereiding zou geruime tijd hebben gevegd. Een peritoneale dialyse kon sneller in gang worden gezet. Overigens meent hij, dat wel geen enkele therapie gebaat zou hebben.

Arnhem, 14 maart 1967

H. R. BAX

POST AUT PROPTER? CORONARIA-TROMBOSE EN VENEUZE TROMBO-EMBOLIE NA LANGDURIG GEBRUIK VAN ORALE ANTICONCEPTIVA

In het *Tijdschrift* van 4 maart 1967 ontleedt zich veel emotie in ingezonden artikelen over de pil en gevolgen die daar misschien wel door zouden kunnen ontstaan. Een emotioneel en dus gevaarlijk onderwerp, als men een wetenschappelijk standpunt wil handhaven.

Op maagdelijk terrein kan de onderzoeker zonder bezwaren een hypothese lanceren en deze kan waarde hebben als zij zich leent voor controle en experimenten, die haar kunnen bevestigen of tegenspreken.

Het terrein van de pil is nauwelijks maagdelijk te noemen. In ieder geval noopt hij ons tot wel-overdachte hypothesen, en dat is niet het opwerpen van zo-maar-gedachten die weelderig kunnen groeien op de ondergrondse stromen van dogmatische afkeer of sympathie. Neen, dan is de raad van Lord BERTRAND RUSSELL beter, om in geval van emotioneel geladen vragen de zaak in ongeladen taal- of cijfertekens om te zetten. En dat doet nu juist de statistiek.

Statistiek kan slecht bedreven worden. Zij kan als een veile vrouw zijn, met wie men kan doen wat men wil (LAMERIS), maar voor wie haar als een dame behandelt, is zij in wetenschappelijke zaken de leidsvrouw bij uitnemendheid.

Het is ongetwijfeld juist dat statistiek geen absolute zekerheid geeft. Absolute zekerheid bestaat slechts daar, waar zij tevoren als dogma, axioma, of definitie wordt ingevoerd, zoals in wiskunde, religie, of moraal. Voor de wetenschap bestaat slechts de statistische waarschijnlijkheid. Maar als iemand de wetenschappelijk bereikbare statistische, aanzekerheid-grenzende waarschijnlijkheid — zoals bijvoorbeeld dat morgen de zon weer zal opkomen — durft te vergelijken met de waarschijnlijkheid van een bij hem opkomend, door een heel stroomgebied van zowel onbewuste als bewuste gedachten gevoed ideeetje, geeft hij zich over aan onzindelijk denken en begeeft hij zich buiten het gebied der wetenschap.

Amsterdam, 6 maart 1967

L. B. W. JONGKEES

MAMMAVERGROTING MET BEHULP VAN SILASTIC-IMPLANTATIE

Naar aanleiding van het artikel van collega HUFFSTADT (1967) zou ik willen vragen:

1. Wat is het gevolg van deze behandeling ten opzichte van de lactatie wanneer de patiënte na de behandeling zwanger wordt?

2. Gaat het cosmetisch effect, na de sterke veranderingen die de borst ondergaat tijdens de zwangerschap, bij eventuele lactatie en na afloop van dit laatste, niet geheel verloren?

Ik meen, dat men deze operatie aan jonge vrouwen alleen mag adviseren indien de bovenstaande vragen in gunstige zin kunnen worden beantwoord.

Literatuur: HUFFSTADT, A. J. C. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 394.

Amsterdam, 8 maart 1967

G. HELLINGA

Ad 1. De implantatie vindt plaats in een holte die gevormd is op de fascia pectoralis. De mamma-klier en het omgevende vetweefsel worden daarbij intact gelaten en slechts naar voren gebracht. Dit gebeurt langs een goed te klieven scheidingsvlak, met bijzonder weinig bloeding.

Hoewel men een eventuele lactatie nooit kan voorspellen (ook niet zonder mammaplastiek) is er geen mechanische reden te bedenken waarom verwacht kan worden dat de lactatie door een Silastic-implantatie beperkt zou worden. Hierbij veronderstel ik dat de operatie adequaat wordt uitgevoerd.

Ad 2. Afhankelijk van de uitgebreidheid der veranderingen aan de borst tijdens zwangerschap en lactatie zullen daarvan zichtbare resten overblijven. Het implantaat blijft onveranderd.

Persoonlijk heb ik nog geen ervaringen van bovengeschetste situaties. Wel was ik in 1963 tijdens een congres in Washington D.C. in de gelegenheid aan CRONIN dezelfde vragen te stellen. Hij had toen reeds lactatie kunnen waarnemen bij vrouwen met een Silastic-implantaat in de mammae. De involutie van de weefsels daarna had tot dat tijdstip geen cosmetische bezwaren opgeleverd.

Groningen, 14 maart 1967

A. J. C. HUFFSTADT

CORTISON BIJ HET SYNDROOM VAN WATERHOUSE-FRIDERICHSEN

In zijn klinische les bracht Prof. PRAKKEN (1967) de behandeling van het door meningokokken veroorzaakte syndroom van Waterhouse-Friderichsen terloops ter sprake. Moge ik hieraan toevoegen, dat ik de laatste 15 jaar bij tal van patiënten heb kunnen waarnemen, dat cortison levensreddend kan werken, mits men de toediening staakt, zodra de bloeddruk een redelijk peil heeft bereikt. En dit is gewoonlijk binnen enkele uren het geval.

Literatuur: PRAKKEN, J. R. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 437.

Amsterdam, 14 maart 1967

J. E. MINKENHOF

ONTSTAAN VAN HARTKLEPVERANDERINGEN BIJ HET CARCINOÏD-SYNDROOM

Naar aanleiding van het Referaat (1967) over het ontstaan van hartklepveranderingen bij het carcinoïd-syndroom, moge ik collega PAPE verwijzen naar het voortreffelijke artikel van OATES e.a. (1964) in de *Lancet*.

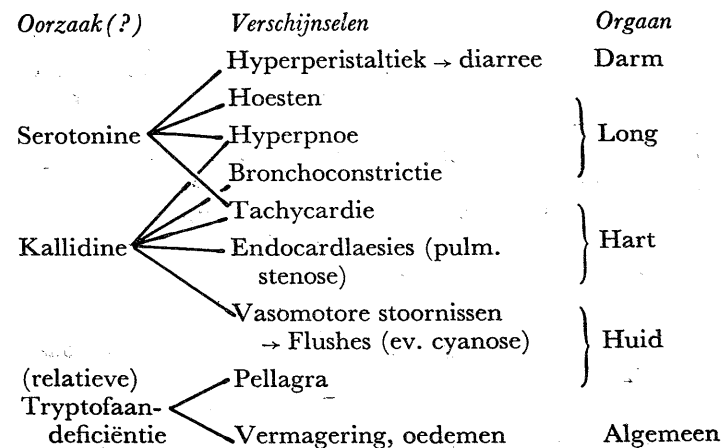
Hun hypothese is dat de carcinoïd-metastasen kallikreïne bevatten; deze kan onder invloed van bepaalde factoren (bv. catecholaminen) in de circulatie komen en vormt dan uit kallidinogeen, aanwezig in de α_2 -globuline-fractie van het plasma, een „kinine”: kallidine.

Kallidinogeen $\xrightarrow{\text{Kallikreïne}}$ Kallidine

Deze kallidine veroorzaakt volgens genoemde auteurs de typische „flushes” en de bloeddrukveranderingen (meestal hypotensie). Andere verschijnselen, zoals de bronchoconstrictie en de fibreuse woekeringen op de hartkleppen zijn eveneens beter te verklaren door de werking van deze „kinine” dan door de uitwerking van serotonine.

Primair zet de lever de 5HT (= 5-Hydroxy-Tryptamine = serotonine) om in 5HIA (= 5-Hydroxy-IndolAzijnzuur). Bij grote metastasen wordt dit systeem insufficiënt en verwijderd de long ongeveer $\frac{2}{3}$ van de „vrije” (= niet aan de trombocyten gebonden) serotonine; bij longaandoeningen is dit veel minder!

Naar aanleiding van een recente literatuurstudie die ik over het carcinoïdsyndroom maakte, zou ik de verschijnselen hiervan thans als volgt schematisch willen voorstellen:



Literatuur: OATES, J. A., K. MELMON, A. SJOERDSMA, L. GILLESPIE en D. T. MASON (1964) *Lancet*, I, 514. — Referaat (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 87.

Amsterdam, 6 februari 1967

L. A. HARTOG