

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL INVESTIGATION

Een *European Society for Clinical Investigation* is opgericht. Ten einde jonge onderzoekers uit alle specialismen die bijdragen tot klinisch wetenschappelijk onderzoek, in staat te stellen hun zienswijzen en kritiek uit te wisselen, is er een „European Society for Clinical Investigation” opgericht, met het oogmerk het wetenschappelijk onderzoek in de onderscheiden landen op een zo hoog mogelijk peil te brengen, en te bevorderen dat de internationale samenwerking in de Europese geneeskunde ertoe leidt dat deze een waardig en gezonde mededinging wordt van het klinisch wetenschappelijk onderzoek in de Verenigde Staten.

De vereniging is gevormd naar het voorbeeld van de „American Society for Clinical Investigation”, speciaal ook wat betreft de bovenste leeftijdsgrens van 45 jaar zowel voor het actief lidmaatschap als voor het bestuur. Boven de 45 jaar worden deze leden emeritus; zij mogen dan de vergaderingen wel bijwonen maar mogen niet meer stemmen of een bestuursfunctie bekleden.

De eerste jaarlijkse vergadering zal te Noordwijk worden gehouden op 28 en 29 april 1967. Het eerste bestuur is als volgt samengesteld: *Voorzitter*: A. E. RENOLD (Zwitserland); *vice-voorzitters*: M. LEGRAIN (Frankrijk), A. ZANCHETTI (Italië); *secretaris*: G. T. DOLLERY (Engeland); *penningmeester*: A. STRUYVENBERG (Nederland). De verdere bestuursleden zijn gekozen uit Tsjechoslowakije, Frankrijk, Duitsland, Noorwegen, Zweden en Engeland. Verdere informatie kan, tot de eerste vergadering, worden verkregen bij Dr. G. E. W. WOLSTENHOLME, The Ciba Foundation; 41, Portland Place, London, W. 1, England.

Maart 1967

INGEZONDEN

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

MEDISCHE ETHIEK EN DE „PIL”

In de klinische les van Prof. DROGENDIJK (1967) blijft het belangrijkste probleem onbesproken, nl. het ethische probleem, dat voor de medicus rijst door de onzekerheden omtrent de invloed van orale anticonceptiva op andere functies dan de ovulatiecyclus. Onzekerheid dus omtrent de onschadelijkheid van deze groep van middelen.

Een vergelijkbare onzekerheid heeft de praktiserende medicus omtrent vele medicamenten evenzeer. Maar daar staan dan steeds het lijden door en de risico's van een gestoord welbevinden van de patiënt tegenover.

Bij de normale ovulatore cyclus kan men bepaald niet spreken van een stoornis van het welbevinden van de vrouw, hoogstens af en toe van een vermindering van sommige lichaamsfuncties.

De ovulatie-remmende substanties, als anticonceptiva gebruikt, staan in een heel andere relatie tot de gebruikster dan als geneesmiddel. Op de balans van voor- en nadelen ligt niet het gestoorde welbevinden maar juist de ongestoordheid van het gezonde organisme. Onzekerheden en risico's aan de zijde van de toegediende stoffen wegen daartegenover heel anders. Het medisch denken is blijkbaar zo gewend, zich met zieken en ziekten bezig te houden dat dit wezen-

lijke onderscheid door weinigen is opgemerkt. De vraag is dus of er onzekerheden aan de werking van de ovulatiere-mmers zitten en hoe zwaar men die hier moet laten gelden.

Het vrouw-zijn strekt zich verder uit dan alleen de ovulatore cyclus. Een belangrijk stuk menselijke existentie draait, zeker in deze tijd, om dit vrouw-zijn. Hierin zijn ongetwijfeld cyclisch verschuivende evenwichten van geslachtshormonen van grote, maar tot op heden nog geenszins geheel begrepen betekenis. De afwezigheid van volledig inzicht in werkingswijze en reikwijdte van deze substanties impliceert een stuk onzekerheid. De common sense gebiedt, met een zo belangrijke zaak als gezond-vrouw-kunnen-zijn voorzichtig om te gaan.

2. In de literatuur in betrekking tot de werking van ovulatiere-mmers, duiken steeds weer berichten op van de coincidentie van het gebruik van deze stoffen met tromboembolische processen, bv. MULLER (1966) en LINDEBOOM (1967). Een correlatie wordt echter steeds ontkend. Er wordt echter bij herhaling onderzoek gepubliceerd, waaruit een invloed van deze stoffen op factoren van de bloedstolling blijkt. Voorts worden beschadigingen van de leverfuncties meld.

Het ethische probleem voor de medicus toont dus twee facetten. Wanneer hij orale anticonceptiva voorschrijft, accepteert hij een risico, waarvan de grootte-orde met onze huidige kennis nog niet duidelijk is vast te stellen. Niet de medicus loopt het risico, maar de gebruikster. Dit impliceert dat zij recht heeft op duidelijkheid omtrent de aard van deze risico's. Ethisch probleem voor de medicus is dan, of hij zijn patiënte een schijnzekerheid mag presenteren, die het haar en de haren onmogelijk maakt, de verantwoordelijkheid te dragen voor de essentiële keuze met zijn eventuele gevolgen. Terzijde: welke juridische consequenties zouden hieruit kunnen voortvloeien? Het tweede facet betreft de ethische problematiek, verbonden aan de vermijdbaarheid van ziekte, misschien zelfs dood op relatief jeugdige leeftijd door gebruik van de pil. Wij weten daar nog onvoldoende van, zegt men dan, en meent daarmee de handen in onschuld gewassen te hebben. Is het echter medisch-ethisch toelaatbaar, door geneeskundig handelen gezondheid en leven in gevaar te brengen, terwijl deze zonder dit ingrijpen onbedreigd zouden zijn? In dubia abstinence?

Literatuur: DROGENDIJK, A. C. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 201. — LINDEBOOM, G. A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 161. — MÜLLER, P. H. (1965) zie Referaat (1966) Een patiënte met dodelijke longembolieën tijdens het gebruik van „de pil”. *Ned. T. Geneesk.* **III**, 349.

Zeist, 20 februari 1967

F. E. REITSMA

In het midden latend of t.a.v. de medische ethiek betreffende de pil de al of niet schadelijkheid het belangrijkste probleem is, ben ik het wel met collega REITSMA eens, dat, wanneer de signaleerde schadelijkheid vaststaat of althans zeer waarschijnlijk is, in mijn klinische les ongetwijfeld hieraan enige woorden gewijd hadden moeten worden. Ik ben echter uitgegaan van de huidige stand van de wetenschap op dit punt, welke zeer in het kort hierop neerkomt, dat — afgezien van de minder belangrijke bijwerkingen der tabletten — men in de praktijk tot nu toe geen enkel duurzaam schadelijk gevolg van de pil heeft kunnen aantonen. Hierbij maakt SWAAB (1962) terecht de kanttekening, dat deze uitspraak daarom zo belangrijk is, omdat de ovulatiere-mmers op veel grotere schaal en nauwkeuriger bij de mens „getest” zijn dan onze gewone medicamenten.

Verder ben ik bij de samenstelling van mijn klinische les

stiltwijgend ervan uitgegaan, dat de arts bij het voorschrijven van de pil nimmer de bestaande contra-indicaties, waarvan een chronische leverziekte wel de meest belangrijke is, uit het oog zal verliezen. Hierbij zij en passant opgemerkt, dat hij er goed aan zal doen, vrouwen met een „belaste” anamnese of met verschijnselen van een verhoogde trombose-gevoeligheid niet met ovulatiereemmende middelen te behandelen.

Hieruit volgt dat men een medicus, die de pil, met inachtneming van het bovenstaande, voorschrijft, niet op redelijke gronden kan verwijten de gezondheid en het leven van zijn patiënt in gevaar te brengen. Intussen houdt de casuïstiek ons wakker wat betreft mogelijke nadelige gevolgen, aan het gebruik van de pil verbonden. Maar, nogmaals gezegd, van een correlatie, laat staan van een causaal verband, is tot nog toe niets gebleken.

De vraag van collega RETSMA welke juridische consequenties uit een en ander kunnen voortvloeien, is moeilijk, en eigenlijk alleen door een jurist goed te beantwoorden. Ik moge daarom volstaan met te wijzen op de in juridische kringen gehanteerde stelregel, dat een arts niet verantwoordelijk is voor schadelijke gevolgen van een geneesmiddel, die pas achteraf bekend zijn geworden. Zijn van een geneesmiddel echter wél nadelige gevolgen bekend, dan gaat de arts in den regel alleen vrij uit, indien hij de patiënt van te voren op het risico, verbonden aan het gebruik van dit middel, gewezen heeft.

Literatuur: SCHUT, G. H. A. (1965) *Produktenaansprakelijkheid*. Uitg. Calvinistische Juristen Vereniging. — SWAAB, L. I. (1962) *Orale anti-conceptie*. Blaricum. — TAUSK, M. e.a. (1965) *Ovulatiereemmende middelen*. De Nederl. Bibl. der Geneesk. Deel 7. Leiden.

Amsterdam, 23 maart 1967

A. C. DROGENDIJK

HET DRAAIMOLEN-EXPERIMENT MET KATTEN

Het overzicht van de interessante lezingencyclus door collega WELMAN (1967) bevat een mededeling over het „draaimolen”-experiment met katten, dat m.i. ten onrechte aan TEUBER wordt toegeschreven. In feite is HELD (1963, 1965) de auctor intellectualis.

De proefopstelling is dermate origineel dat de eer gegeven moet worden aan wie hem toekomt. TEUBER (1965) citeert HELD regelmatig, en beschrijft het effect op het dieptezien op bl. 297 en 298, met de mededeling erbij dat het experiment van HELD is.

Literatuur: HELD, R. en S. J. FREEDMAN (1963) Plasticity in human sensori-motor control. *Science* **142**, 455. — HELD, R. en A. HEIN (1963) Movement produced stimulation in the development of visually guided behaviour. *J. comp. Physiol. Psych.* **56**, 872. — HELD, R. (1965) Plasticity in sensory motor systems. *Scientific American*, **213**, 84. — TEUBER, H. L. (1965) Alterations of perception after brain injury. Semaine d'étude sur „cerveau et experience consciente”. Pontificiae Academiae Scientiarum. *Scripta varia* **30**, 269.

Breda, 9 maart 1967

C. H. M. BRUNIA

Dr. Hans Berger Kliniek

Het „Symposion over Neuropsychologie” verloopt in een informele sfeer waarbij de bijdragen van de aanwezigen meer als mededelingen dan als voordrachten zijn bedoeld. Zodoende is het niet altijd duidelijk of een eigen experiment of dat van een ander wordt aangeduid.

Ik ben het geheel met collega BRUNIA eens, aan HELD de eer te geven die hem toekomt.

Leiden, 17 maart 1967

A. J. WELMAN

DE CONTINENTE ANUS PRAETERNATURALIS

De collegae HOLSTVOOGD en DE GIER (1966) zijn van mening, dat een continentie van een anus praeternaturalis nog niet bereikt kan worden (bl. 122). Het probleem van deze continentie bestaat zeer levendig in Engeland, waar de „Ileostomy Association of Great Britain” dit gebrek herhaaldelijk vermeldt, met spijt. In de tropen veelvuldig en verder elders in de havensteden komen zeer ernstige rectum-stricturen voor, ten gevolge van het genito-rectale syndroom, waarvoor een anus praeternaturalis nodig is. Ik had daarmee te maken op Java. Ik kon daar geen bandages krijgen en maakte de anus op een wijze, die ik hier voor een ileostomie beschrijf.

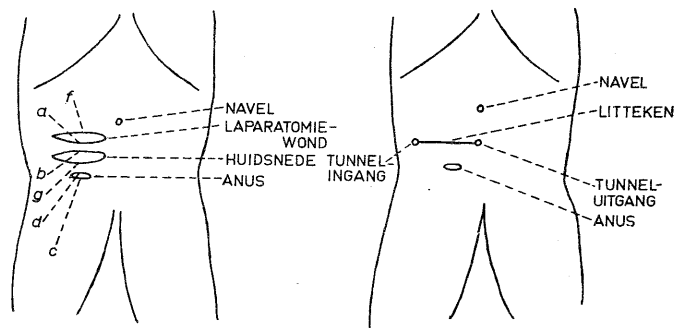


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 1. Operatieschema 1e fase: *a* wordt aan *b* gehecht; dan wordt de darmlis over *a-b* onder *g-d* gelegd, zodat hij in *d-c* te voorschijn komt; tenslotte wordt *f* aan *g* gehecht.

Fig. 2. Toestand na de operatie.

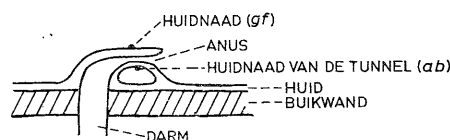


Fig. 3. Schematische overlangse doorsnede van de anus.

Men maakt eerst een laparotomie-incisie, dwars (fig. 1); ongeveer 3-4 cm lager een tweede incisie, even lang; en weer 3 cm daaronder een kortere incisie. Men hecht de randen *a* en *b* aan elkaar met de knopen aan de binnenkant. Over deze buis legt men de darm, die uit de bovenste incisie komt en waarvan de anus gemaakt moet worden. Men ondermijnt de huidbrug *g-d* en brengt daar de darm onderdoor, zodat hij bij *c-d* naar buiten komt. Daar fixeert men hem. Dan hecht men de huidranden *f* en *g* en men krijgt dan de figuren 2 en 3. Na de genezing neemt men een soort scharnierende veiligheidsspel, te maken door een instrumentmaker (op Java met bamboe), slipt over het onderste been een rubber buis en brengt die samen door de tunnel. Over het bovenste been van de speld prikt men een dik stuk sponsrubber. Als men nu de speld sluit, met zachte druk, is de anus continent en verend.

De patiënt, afgebeeld op figuur 4-6, had een ileum-anus, waarvoor hij 's nachts de speld niet nodig had. De darm rustte dan blijkbaar ook! Er was geen spoor van aantasting van de huid. Hij is meer dan tien jaar later overleden in Suriname, waar hij vandaan kwam.