

stilzwijgend 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.

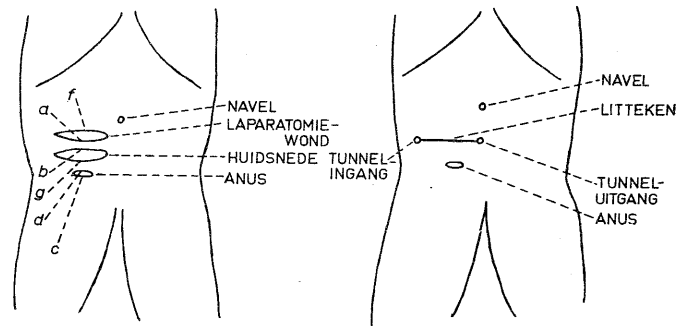


Fig. 1

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.

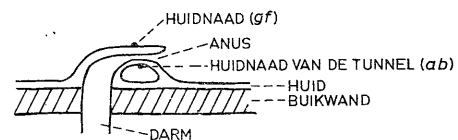


Fig. 3. Schematische overlangse doorsnede van de anus.

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.