

Literatuur: MORTON, W. E., L. A. HUHNS en J. A. LITCHY (1967) *J. Amer. med. Ass.* **199**, 879.

F. KUIPERS

DIVERSEN

De invloed van lactaatinfusies op patiënten met neurocirculatoire asthenie. — Patiënten met neurocirculatoire asthenie („effort syndrome”, „soldiers heart”, nerveuze tachycardie) produceren bij het verrichten van lichamelijke arbeid veel meer lactaat dan normale personen. Voorts is bekend dat de verschijnselen van deze aandoening vaak worden opgewekt door inspanning. PITTS en McCLURE (1967) veronderstelden dat het lactaat-ion bij daarvoor gevoelige mensen de symptomen van de neurocirculatoire asthenie uitlokt. Om deze veronderstelling te toetsen, gaven zij aan veertien patiënten met een vaststaande neurocirculatoire asthenie en aan tien normale personen, met een tussenpoos van vijf tot tien dagen, in wisselende volgorde twintig minuten durende infusies van resp. 500 mMol natriumlactaat, 500 mMol natriumlactaat met 20 mMol calciumchloride, of 555 mMol glucose met 167 mMol natriumchloride (isotomische oplossingen). De patiënten en de controlepersonen waren tevoren uitvoerig psychiatrisch onderzocht. Noch de te onderzoeken personen, noch de onderzoeker die de uitwerking van de infusies moest registreren, kende de samenstelling van de vloeistoffen. Dertien van de veertien patiënten kregen binnen enkele minuten na het begin van een infusie met lactaat dezelfde verschijnselen die zij ook onder andere omstandigheden hadden: angst, en verder o.a. hoofdpijn, duizeligheid, wazig zien, pijn op de borst, hartkloppingen, kortademigheid, moeheid, paresthesiën en beven. Dit gebeurde ook bij twee controlepersonen. Bij toediening van lactaat met calcium kreeg slechts één patiënt en géén van de controlepersonen zulke klachten. De glucose-zoutinfusie veroorzaakte bij beide groepen vrijwel geen verschijnselen. Behalve deze aanvallen werden tijdens het toedienen van lactaat en van lactaat met calcium, in wisselende mate nog een aantal symptomen waargenomen, zoals een sensatie van koude, rillerigheid, globusgevoel, prikkelbaarheid en misselijkheid. Na statistische bewerking kwam men tot de slotsom dat deze symptomen significant vaker voorkwamen bij de patiënten, en dat zij door toevoeging van calciumionen aan de infusie merendeels werden voorkómen.

Het is, aldus de schrijvers, nooit eerder gelukt, aan te tonen dat de voor neurocirculatoire asthenie kenmerkende symptomen veroorzaakt worden door een specifieke prikkel. Zij menen dat de symptomen een zekere overeenkomst hebben met die van de hypocalciëmie bij tetanie; zij zien in de heilzame werking van calciumionen een steun voor hun veronderstelling dat de onderhavige patiënten een stoornis hebben in hun aërobe of anaërobe stofwisseling, die resulteert in een abnormaal grote produktie van lactaat, gepaard aan een afwijkende stofwisseling van calcium aan de celmembraan.

Helaas hebben zij nog geen onderzoek gedaan naar de toestand van het zuur-base-evenwicht en de ionisatiegraad van het plasma-calcium tijdens aanvallen of tijdens infusies van lactaat. Voor een goed inzicht in dit vraagstuk lijkt dit wel wenselijk (ref.).

Literatuur: PITTS, F. N. en J. N. McCLURE (1967) Lactate metabolism in anxiety neurosis. *New Engl. J. Med.* **277**, 1329.

J. G.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

SUBSIDIES GEZONDHEIDSORGANISATIE TNO

De Gezondheidsorganisatie TNO brengt onder de aandacht van belanghebbenden, dat tot uiterlijk 1 september 1968 de mogelijkheid bestaat subsidie aan te vragen voor in het jaar 1969 te verrichten toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid.

Bij de beoordeling van de aanvragen zal een punt van overweging zijn in welke mate het voorgestelde onderzoek van belang kan zijn voor de volksgezondheid.

Gegadigden kunnen zich voor de toezending van een aanvraagformulier en de algemene richtlijnen wenden tot het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie TNO, Postbus 297, 's-Gravenhage.

Mei 1968

MEDISCHE STUDIEBEURZEN WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE EN RAAD VAN EUROPA

Evenals in voorgaande jaren stelt het Regionale Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie te Kopenhagen en de Raad van Europa te Straatsburg voor het jaar 1969 een aantal beurzen beschikbaar voor degenen die in het buitenland een voortgezette studie willen maken van een onderwerp op het terrein van de volksgezondheid.

Gegadigden voor een dergelijke beurs dienen zich schriftelijk te wenden tot de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73 te 's-Gravenhage, onder bijvoeging van een curriculum vitae en referenties, alsmede een zo gedetailleerd mogelijke omschrijving van het onderwerp van studie, onder vermelding van de namen van de instituten en (of) deskundigen, waar de studie bij voorkeur dient te worden ondernomen.

De uiterste datum van inzending van een dergelijk verzoek is 1 augustus 1968.

's-Gravenhage, 20 mei 1968

INGEZONDEN

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

FIBROSARCOOM VAN DE VENA FEMORALIS

In de voordracht van collega LUNING (1968) komt het volgende voor: „De echtgenoot, die op de hoogte was gesteld van de vermoedelijke diagnose en prognose, gaf geen toestemming voor een desarticulatie van het been. De patiënte zelf werd niet ingelicht over de aard van de aandoening.” Deze gang van zaken bevreemdt mij in hoge mate. Waar halen wij als medici het recht vandaan, een andere persoon te laten beslissen over een kwestie van leven of dood en (of) amputatie? Heeft een volwassen vrouw van 33 jaar niet het recht zélf deze beslissing te nemen? Een nog schriller licht wordt op deze gang van zaken geworpen doordat de echtgenoot door zijn weigering in het „gelijk” gesteld werd.

Door de noodzakelijke beknoptheid der verslagen is het mogelijk dat niet alle gegevens vermeld werden. Maar indien geen zeer speciale omstandigheden aanwezig waren kan ik mij niet verenigen met de gevolgde gang van zaken.

Literatuur: LUNING, P. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 713.

Aruba, 6 mei 1968

H. P. A. VAN SCHOUWEN

Door de beknoptheid van mijn verslag is de door ons gevolgde procedure bij het vragen om toestemming voor eventuele desarticulatie van het been van de patiënte, niet geheel duidelijk naar voren gekomen. Voorop wil ik stellen, dat wij geen amputatie verrichten zonder toestemming van de patiënt. In dit geval was van tevoren niet te zeggen of een desarticulatie nodig zou zijn. Dit moest blijken uit de informatie die wij bij de operatie zouden krijgen.

Om de patiënte niet voorbarig ongerust te maken, maar om toch een idee te krijgen wat onze behandelingsmogelijkheden zouden kunnen zijn, hebben wij de echtgenoot van de patiënte ingelicht over de stand van zaken en hem verteld, dat de kans bestond, dat een desarticulatie zou moeten worden verricht, om de patiënte een radicale genezing te kunnen bieden. Hij stond zeer afwijzend tegenover deze oplossing en verwachtte dat dit ook de mening van zijn vrouw zou zijn. Daardoor kwamen wij tot de beschreven argumentatie van de eventueel te volgen behandelingsprocedure.

Een lokale radicale excisie leek mogelijk te zijn. Indien dit niet het geval was geweest, hadden wij de patiënte alsnog ingelicht over de aard van haar aandoening en haar toestemming gevraagd om in een tweede zitting een desarticulatie van het been te verrichten. Met de gevolgde gang van zaken menen wij de patiënte een zware psychische belasting te hebben bespaard.

Leiden, 20 mei 1968

P. LUNING

DE WAARDE VAN CHLOORAMFENICOL VOOR DE PROFYLAXE VAN WONDINFECTIES BIJ DE BUIKCHIRURGIE

De kans op beenmergbeschadiging door chlooramfenicol is zodanig, dat profylactische toepassing van deze stof tegen wondinfectie ook in kleine doses zoals door OLTHUIS, OOSTERWIJK en OOMEN (1968) is beproefd, beslist van de hand moet worden gewezen. In het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vindt men dienaangaande talrijke waarschuwingen: VAN DER HEM e.a. (1961): profylactische toepassing wordt ten sterkste afgeraden.

DAMESHEK (1961): beperk de toepassing van chlooramfenicol tot „impelling circumstances”.

Subcomité van de American Medical Association (1961): „chloramphenicol should not be given prophylactically”.

Tenslotte LUBSEN (1968) in *Folia medica neerlandica*: De indicatie moet beperkt blijven tot infecties die met de andere nu beschikbare middelen niet te bestrijden zijn.

Literatuur: DAMESHEK, geciteerd in *Ned. T. Geneesk.* (1961) **105**, 881. — HEM, G. K. VAN DER (1961) *Ned. T. Geneesk.* **105**, 1629. — LUBSEN, N. (1968) *Folia med. neerl.* **11**, 18. — OLTHUIS, G., W. OOSTERWIJK en H. M. V. OOMEN (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 786. — Subcomité Medical Association geciteerd in *Ned. T. Geneesk.* (1961) **105**, 843.

Santpoort, 27 april 1968

W. K. GAULHOFER

FARMACOTHERAPIE EN PSYCHOTHERAPIE; LSD ALS ADJUVANS BIJ DE PSYCHOTHERAPIE?

Naar aanleiding van de klinische les van Prof. Boorj (1968) en de reactie daarop van collega TAS (1968) zou ik graag iets meedelen omtrent mijn ervaring op dit gebied.

De negatieve strekking van beider uiteenzetting heeft mij verwonderd, omdat toch in de eerste plaats de ervaring het antwoord zal moeten geven en niet de theorie. Er is reeds een zo uitgebreide literatuur, waarin zowel positieve als negatieve resultaten op dit gebied vermeld zijn, dat het toch wel in de eerste plaats gewenst lijkt zich af te vragen, waarop dit verschil berust.

Naar ik meen, is het mogelijk op enkele bijzonderheden te wijzen, die dit verschil begrijpelijk kunnen maken. Ik wil deze in enkele punten samenvatten.

1. De indicatie: Voor LSD-kuren heb ik alleen patiënten in aanmerking laten komen, die ik reeds jaren onder behandeling heb (gesprektherapie van eens per week of per 14 dagen). Aanvankelijk was er vooruitgang, veel van het gemakkelijker toegankelijke materiaal was verwerkt, het kernprobleem was duidelijk zichtbaar geworden en ook als zodanig door de patiënt beleefd, maar de oplossing kwam niet tot stand. Noch door vrije associaties, noch door diepgaande gesprekken, door droomanalyse of vorm van „zelfexpressie uit het onbewuste” was er beweging in te krijgen. De vicieuze cirkelgang van angst of woede, die in de diepte kon worden waargenomen, bleek niet toegankelijk voor het Ik. De conclusie was in dat geval onontkoombaar, dat de behandeling ondanks meer oppervlakkig resultaat, in wezen was vastgelopen en de zittingen zouden moeten worden gestaakt. Steeds waren dit gevallen waarin het duidelijk was, dat de driftorganisatie reeds vóór het tweede jaar en waarschijnlijk vanaf de geboorte door de Moeder of plaatsvervangende Moeder verstoord was. Het Ik dat zich gevormd had, was in een krampachtige toestand gefixeerd, en niet meer in staat tot herbeleving van het diepgewortelde conflict. In zo'n geval nu leek het volkomen verantwoord, gebruik te gaan maken van het desintegrerend vermogen van LSD om het Ik los te wrikken en daardoor de reïntegratie van de ontspoorde driftkrachten alsnog mogelijk te maken.

2. Het zal duidelijk zijn, dat het leiding geven aan een dergelijk subtiel proces van desintegratie en reïntegratie de hoogste eisen stelt aan de psychotherapeut zowel wat kennen als kunnen betreft, een groot invoelvermogen vraagt, een combinatie van voorzichtigheid en doortastendheid, alles op basis van een vertrouwensvolle overdracht. De patiënt moet geen ogenblik het gevoel hebben, dat hij niet begrepen wordt, dat hem een theorie wordt opgedrongen, dat de beleving als zodanig, hoe wonderlijk ook, niet echt is, of soms onacceptabel, want dan voelt hij zich in zijn overgevoelige toestand in de steek gelaten. Het is natuurlijk niet mogelijk, in dit korte bestek hier nader op in te gaan, maar wel volgt ook hieruit weer hoe absoluut noodzakelijk deskundige leiding is bij de toepassing van LSD en hoe onverantwoord het vrije gebruik ervan is.

3. De kuren waarvoor in mijn huis twee kamers gereserveerd zijn, worden begeleid door een voor mij hiervoor opgeleide psychologe, die contact heeft met de patiënt, wanneer deze daaraan behoefte heeft, notities maakt en voortdurend toezicht uitoefent. Intussen kom ik telkens kijken en overleggen voorzover nodig. De kuur duurt in het algemeen van 9 tot 5 uur en wordt de volgende dag met de patiënt uitvoerig besproken.

4. De dosis is een belangrijke factor voor het slagen van de kuur. Beginnend met 75 v zal men meestal pas bij 150 v het volle resultaat verkrijgen, nl. een curve, waarin de patiënt niet minder beleefd dan wenselijk is en niet meer dan hij aan kan. Terwijl men trapsgewijs de dosis opvoert met ongeveer 25 v, bereikt men een grens waarbij meer beelden uit het onbewuste, meer onlustgevoelens, angst en agressie of ook meer emotioneel gelaten herinneringen bovenkomen dan de patiënt met zijn veranderd bewustzijn kan opnemen. Dan is het resultaat van de zitting meestal negatief en moet de volgende keer de dosis verlaagd worden. Elke zitting moet een positief resultaat hebben, al is de inhoud nog zo negatief. Bovendien blijkt regelmatig, dat na 10 à 15 zittingen de gevoeligheid voor LSD is toegenomen, en dat de dosis geleidelijk verminderd kan worden tot 25 of 50 v. Hogere doses dan 225 v heb ik tot heden niet nodig gehad.