

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 (gespreksthérapie 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.

5. In mijn praktijk vind ik vooral voor LSD in aanmerking komen de zware dwangneurosen, angstneurosen en neurotische depressies, maar in het algemeen moet de kuur vele malen herhaald worden, wil men de „Umstimmung” en een blijvende genezing bereiken; 50 à 60 zittingen vormen geen uitzondering. Bedenken wij echter, hoe uitzichtloos het leven van deze patiënten is, wanneer zij niet geholpen kunnen worden, dan loont het resultaat ruimschoots de moeite.

6. Overzie ik het geheel van mijn ervaringen, dan kan ik met zekerheid verklaren, dat juist lijders aan zware neurosen, die een allermiserabelst leven hebben, vaak zeer veel baat vinden bij goed geleide LSD-kuren.

Bovendien zijn dit merkwaardigerwijs vaak bijzonder intelligente, begaafde en fijnbesnaarde personen, na genezing in staat, ook veel voor anderen te betekenen.

*Literatuur:* BOOIJ, J. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 2. — TAS, J. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 325.

Amsterdam, 19 april 1968

C. J. SCHURMAN

## BERICHTEN

### BUITENLAND

#### Wereldberichten

**Twintig jaar Wereldgezondheidsorganisatie.** — Op de 21e World Assembly bracht de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie Dr. M. G. CANDAU verslag uit o.a. over de strijd tegen malaria en tegen pokken. In 148 landen was de strijd tegen de malaria aangebonden; 35 ervan waren thans malaria-vrij, en in 54 was een campagne gaande. CANDAU wees erop dat het de grootste moeite kostte, de gesaneerde gebieden ook op den duur malaria-vrij te houden.

De stand van de pokkenbestrijding is slecht. In 1967 werden 120.000 gevallen gerapporteerd, en men vermoedt dat het werkelijke aantal tien maal zo groot is geweest. Andere opdringende ziekten: rabies en pest. (*Lancet*, 18 mei bl. 1098).

**Uitstel van hongersnood?** — De dreiging van de honger over grote gebieden in de wereld schijnt voorlopig te zijn afgewend. In Afrika, Azië en Latijns-Amerika is de productie van graan aanmerkelijk toegenomen, dank zij het gebruik van speciale soorten zaad, waterbeheersing, moderne kunstmest en bestrijding van ziekten en insectenplagen. Vooral door het gebruik van de nieuwe dwergtarwe is de oogst een veelvoud van die van vorige jaren. Op een symposium ter viering van het 25-jarig bestaan van het International Maize and Wheat Improvement Center in Mexico werd aangespoord tot voortzetting van de strijd tegen de honger. „A victory can be celebrated, but the campaign must continue.” (DAEL WOLFLE in *Science*, 12 april bl. 141.) Er is slechts weinig tijd om iets te bereiken. De wereldbevolking blijft groeien. Sinds India in 1947 onafhankelijk werd, is haar bevolking toegenomen met evenveel mensen als er in geheel Noord-Amerika wonen. Een der sprekers op het symposium zeide dat „within 20 to 25 years we would breed ourselves into starvation unless population growth is curbed”.

**Gezondheidszorg, internationaal gezien.** — Een artikel in het *Maandschrift van het Centraal Bureau voor de Statistiek* (mei, bl. 467) vergelijkt de cijfers van Nederland met die van andere vergelijkbare landen ten aanzien van de gezondheidssituatie en van het uitgavenniveau ten behoeve van de gezondheidszorg. In Polen en Joegoslavië wijken de cijfers voor kindersterfte en sterfte beneden het 50e jaar zeer on-

gunstig af van die in andere landen. Het aantal artsen per 10.000 mensen is relatief het hoogst in Zweden (159), het laagst in Joegoslavië (50). Zo gezien slaat Nederland geen best figuur (76), maar als men bedenkt dat Nederland de grootste bevolkingsdichtheid heeft, verandert het beeld: het aantal artsen per gemiddeld rayon is in Nederland het hoogst.

#### Canada

**Medische studenten aan Canadese universiteiten.** — Een overzichtsartikel in het *Canadian Medical Association Journal* (13 april bl. 715) meldt dat er in 1967-1968 aan de 13 medische onderwijsinstellingen 4416 studenten in opleiding waren (niet inbegrepen „premedical” studenten en 5e-jaars „undergraduates”). Het aantal was 186 hoger dan het jaar tevoren. Van de 4416 studenten waren 90,7 pct Canadees burger. In 1967 behaalden 923 studenten het artsexamen. Van deze 923 waren 105 (11,4 pct) vrouwen.

**Lage rugpijn.** — „Like the poor, the sufferers from low back pain are always with us.” Aldus een verzuchting van een editorialschrijver (*Can. med. Ass. J.*, 13 april bl. 750). Een onderzoek in 16 praktijken van algemene artsen leverde als uitkomst op dat lage rugpijn voorkomt bij ongeveer 23 per 1000 mannen en bij 15 per 1000 vrouwen.

#### Duitsland

**Wetenschappelijk logies.** — De universiteit te Düsseldorf heeft sinds kort een „Verfügungszentrum” waarin tijdelijk onderdak kan worden verschaft aan afdelingen die hun onderwijstaak al hebben aangevangen, maar nog geen eigen gebouw hebben. Daartoe behoren thans o.a. het fysiologisch, het psychologisch en het fysisch instituut, alsmede het instituut voor anorganische chemie. Het Verfügungszentrum is in 2½ jaar gebouwd en heeft ongeveer 12 miljoen mark gekost. De genoemde afdelingen krijgen gezamenlijk een definitief instituut dat volgens mededeling van de Noordrijn-Westfaalse minister van onderwijs FRITZ HOLTHOFF in 1972 gereed zal zijn en 40 miljoen mark zal kosten. (*Ärztl. Prax.*, 21 mei bl. 1975).

**Medische inlichtingenkaart.** — Na overleg van deskundigen en autoriteiten heeft men een drietalige inlichtingenkaart ontworpen die de arts kan uitreiken aan patiënten voor wie hij dat nodig oordeelt. De patiënt draagt de kaart in een gesloten envelop bij zich. Op de kaart kunnen inlichtingen worden vermeld die te pas komen wanneer de drager van de kaart als slachtoffer bij een ongeluk zou vallen. De kaart is geen ambtelijk document, en is uitsluitend bedoeld om een eventueel behandelend arts onmiddellijk op de hoogte te brengen van de lichamelijke toestand en de behoeften van de drager. (*Dtsch. Ärztebl.*, 18 mei bl. XXXII).

#### Frankrijk

**Opgepast voor rozenkransen, in het bijzonder Spaanse!** — In de *Presse médicale* (11 mei bl. 1120) wordt een artikel van GUGGISBERG uit de *Revue médicale Suisse romande* gerefereerd, waarin een patiënte wordt beschreven, die wegens depressie in een ziekenhuis was opgenomen. Op de ochtend dat zij zou worden ontslagen, werd zij plotseling overvallen door hevige hoofdpijn en misselijkheid. Het enige dat zij gebruikt had, was een kop thee, en zelfs die had zij niet geheel leeggedronken omdat zij er een vreemde smaak aan vond. Andere patiënten hadden aan de thee niets gemerkt en waren ook niet ziek geworden. De patiënte zelf merkte op dat haar rozenkrans was losgegaan en dat er enige kralen in de thee waren gevallen. Bij onderzoek van de kralen