

ook weinig plaats door het ter beschikking komen van de gelatinederivaten. Dit geldt des te sterker waar het shock toestanden betreft die veroorzaakt zijn door diffuse intravasale stolling.

Literatuur: ADMIRAAL, J. (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 172. — BRENTJENS, J. R. H., C. TH. SMIT SIBINGA en L. WIJNJA, *Diffuse intravasale stolling*. Mededeling uit de Interne Kliniek APSAZ Groningen. — BRISMAN, R., L. C. PARKS en J. A. HALLER JR. (1968) *J. Amer. med. Ass.* **204**, 824. — HOUTZAGERS, J. J. R. Shock behandeling door plasma-substitutie. *Omnia praescribendi gratia* Nr. 27. — MAILLOUX, L., C. D. SWARTZ en R. CAPIZZI (1967) *New Engl. J. Med.* **277**, 1113. — MALTBY, J. R. (1968) *Brit. J. Anaesth.* **40**, 552.

Tilburg, 16 januari 1969 W. I. H. E. EIJENRAAM

APPENDICITIS TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Als ik de auteurs WYMENGA en BENNEN (1969) heb begrepen, behandelen zij perforatieperitonitis met toediening van penicilline en streptomycine. Als huisarts, dus niet rechtstreeks betrokken bij de behandeling van deze aandoening, heb ik hieromtrent geen persoonlijke ervaring. Ik zou echter willen vragen of het niet mogelijk is, ook bij de antibiotische behandeling van de perforatieperitonitis van het algemene principe uit te gaan, de medicatie te baseren op het resultaat van het resistentiepatroon van de gekweekte bacteriën.

Literatuur: WYMENGA, J. H. en J. BENNEN (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 6.

Groningen, 5 januari 1969 A. LÖWENBERG

Wij zijn het volledig eens met collega LÖWENBERG, dat bij een perforatie-peritonitis de antibiotische therapie gericht moet zijn op het resistentiediagram van de gekweekte bacterie. Dit is ook in onze kliniek te doen gebruikelijk. Bij het sluiten van de buik zijn echter de bacteriën nog niet geïdentificeerd en verlopen er in de regel 2 dagen, voordat de bacterie en diens gevoeligheid bekend zijn.

Daarom beginnen we met intraperitoneale en intramusculaire toediening van penicilline en streptomycine in afwachting van de kweekuitslag.

De keuze van deze antibiotica berust enerzijds op gegevens uit de literatuur (PULASKI 1954), anderzijds op onze eigen ervaring, dat deze combinatie bij de meestal aanwezige menginfectie van coli en streptokokken werkzaam is.

Blijkt nu (in de regel na 2 dagen), dat de gekweekte bacterie ongevoelig is voor bovengenoemde antibiotica, dan wordt de antibiotische therapie voortgezet overeenkomstig het resistentiepatroon. De intraperitoneale toediening is dan in de regel reeds gestaakt.

Literatuur: PULASKI, E. (1954) *Surgical infections*. C. C. Thomas, Springfield, Illinois.

Groningen, 22 januari 1969 J. H. WYMENGA

NARCOSE-ONGEVALLLEN

Moge de Redactie mij vergunnen mijn medisch-juridische beschouwingen nog op één punt aan te vullen en wel naar aanleiding van de belangrijke bijdragen aan de gedachtenwisseling geleverd door de collegae VAN DIJK (cardioloog) en TEIJEN (anesthesist) in dit Tijdschrift (1969). De eerste viel — terecht — over de weinig gelukkige aanduiding van KÖRNER van circulatiestilstand als een „onverwachte gebeurtenis”. Daargelaten of het *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* gelijk heeft of onverwachts (een typisch

bijwoord) toch ook wel als bijvoeglijk naamwoord mag worden gebruikt (resp. misbruikt) of een gebeurtenis alleen maar een „onverwachte” gebeurtenis kan zijn, bestaat er een fijn taalkundig en ook medisch-juridisch verschil tussen beide. Want onverwacht is vrijwel identiek met „onvoorzien” en onverwachts met „plotseling, zonder er op voorbereid te zijn”.

Niemand zal de juistheid van de stelling van collega VAN DIJK kunnen betwisten, die hierop neer komt: gegeven de gevaren aan elke narcose verbonden, moet men ten allen tijde en onder alle omstandigheden op de — grote en kleine — daaraan meekomende risico's voorbereid zijn. En ik onderschrijf volkomen zijn mening dat overheidsingrijpen ingebrekestelling zou impliceren. Wat niet wil zeggen, dat uitblijven van overheidsingrijpen neer zou komen op erkenning door de overheid, dat de artsenwereld ter zake niet in gebreke en dus niet aansprakelijk zou kunnen worden gesteld. Dat is trouwens een probleem waarvan de beoordeling geen discretionaire bevoegdheid van de overheid uitmaakt, maar tot de competentie van de bevoegde rechter (zowel burgerrechtelijk als strafrechtelijk) behoort.

Geneeskunst uitoefenen is een beroep, dat meer dan „normale diligentie” (= zorgvuldigheid) vereist, daar het hoogste goed van de patiënten — hun leven, hun gezondheid, hun bestaan — in meerdere of mindere mate op het spel staat. Dat is bij elke narcose het geval; de „calamiteits-frequentie” moge voor de risico-beoordeling (kansrekening), o.a. uit een oogpunt van verzekeerbaarheid, van belang zijn, uit een oogpunt van „voorzienbaarheid”, ook van „voorbereid zijn” is ze irrelevant. Daarom maakte de redactie een denkfout toen zij, gegeven een frequentiepremissie van 1:5000 een verschil in de mate van „onverwacht(s)heid” tussen grote en kleine inrichtingen zag. Beide soorten inrichtingen behoren in gelijke mate op de mogelijkheid van dergelijke calamiteiten „voorbereid” te zijn. Ten onrechte wil de redactie wachten op frequentiestatistiek en het nemen van maatregelen aan de dan eventueel „achtergebleven” blijvende ziekenhuizen overlaten, resp. aan de officiële instanties. Dat standpunt is in strijd met de volmondige erkenning door de redactie, dat in iedere operatiekamer een oscilloscoop aanwezig „behoort” te zijn.

Wie dat als juist aanvaardt — en dat doe ik als expert op het terrein van „specialisten- en ziekenhuizen-WA-verzekering” gaarne — moet ook de consequenties van dat standpunt durven aanvaarden: *afwezigheid is niet langer te verantwoorden*, zodat de desbetreffende collegae zich schuldig nalatig behoren te voelen, indien zij bereid blijven bij afwezigheid van oscilloscoop te opereren (onder narcose), resp. narcose te geven. Zij kunnen — medisch-ethisch en zowel burgerrechtelijk als strafrechtelijk en tuchtrechtelijk — die schuldige nalatigheid (ook in de gesloten ziekenhuizen) niet afschuiven op hun directies. Niet de ziekenhuizen, maar de artsen beslissen hier. Laat men niet wachten tot de rechter het uitmaakt: elk slachtoffer is er één en voor haar of zijn gezin maakt het geen enkel verschil of vader, moeder of kind als 500ste in een kleine of in een grote inrichting dit (nood)lot trof, vooral als men moet ervaren, dat door schuldige nalatigheid de kans op herstel, zij het nog zo weinig, gedaald geacht moet worden.

Effectiever dan alle gedachtenwisseling zou op korte termijn een stap van een zo groot mogelijk aantal ziekenhuis- en specialisten-WA-assuradeuren zijn, door:

1. hetzij van de risicodekking alle narcoseongevallen uit te sluiten, indien apparatuur en „organisatie” van de operatie onder narcose niet voldoen aan bepaalde — nauwkeurig in overleg met diverse categorieën deskundige te formuleren — eisen;